USAID | SENEGAL
FROM THE AMERICAN PEOPLE

Ministère de la Santé
et de la Prévention Médicale

DA-USU
DISC

Décentralisation et
Initiatives de
Santé
Communautaire

# Rapport Final

*Présenté par:*

**Vincent Joret, MD MPH**
Chef d'Equipe

DEVELOPMENT ASSOCIATES

**SEPTEMBRE 2006**

Le Projet Décentralisation et Initiatives de Santé Communautaire (DISC), exécuté par Development Associates en collaboration avec Umbrella Support Unit (USU) est financé par l'Agence Américaine pour le Développement International (USAID) sous le contrat N° OUT-HRN-I-803-98-00030-00

# SOMMAIRE

Liste des sigles …….. 5

**I. Contexte d'intervention du projet : la politique de décentralisation dans le secteur de la santé 7**

1.1 Approfondissement de la politique de décentralisation 7
1.2 Nouveau partage des rôles et responsabilités des acteurs de la santé 8

**II. Mandat du projet 11**

2.1 Synthèse des propositions techniques des deux phases du projet 11
2.1.1 Proposition technique de la première phase du projet DISC I (2000-2003) 11
2.1.2 Proposition technique de la seconde phase du projet DISC II (2003-2006) 12
2.2 Vision du Projet 13
2.3 But 14
2.4 Objectifs 15
2.5 Résultats attendus 15
2.5.1 Résultats attendus de l'objectif 1 (renforcer les capacités institutionnelles locales en matière de santé dans le contexte de la décentralisation) 15
2.5.2 Résultats attendus de l'objectif 2 (développer des stratégies alternatives de financement local de la santé) 15
2.5.3 Résultats attendus de l'objectif 3 (promouvoir un environnement qui supporte mieux la pérennité des services locaux de santé) 15

**III. Mise en œuvre du Projet 16**

3.1 Aire géographique des interventions 16
3.2 Ressources du Projet 19
3.2.1 Ressources financières 19
3.2.2 Ressources humaines et ressources matérielles 19
3.3. Acteurs engagés dans la mise en œuvre du projet 23
3.3. Acteurs engagés dans la mise en œuvre du projet 24
3.4 Axes d'intervention du projet 25
3.4.1 Planification communautaire 25
3.4.2 Cofinancement 26
3.4.3 Comités de gestion 26
3.4.4 Associations de relais polyvalents (ARPV) 27
3.4.5 Communication 27

**IV. Planification communautaire 30**

4.1 Contexte 30
4.2 Justification 31
4.3 Objectifs 32
4.4 Description de l'outil de planification communautaire 32
4.4.1 L'instance de planification : le comité de planification et de suivi en santé (CPS) 32
4.4.2 Description du processus de planification communautaire 34
4.5 Renforcement des capacités des acteurs 36
4.6 Résultats 37
4.7 Indicateurs 38
4.8 Leçons apprises et perspectives 38

**V. Cofinancement 41**

5.1 Contexte 41
5.2 Justification 42
5.3 Objectifs 42
5.4 Description du schéma de co-financement 42
5.4.1 Phase d'expérimentation du schéma de co-financement entre 1999 et 2000 42
5.4.3 Application du schéma de cofinancement en 2001 et 2002 43
5.4.4 Adoption d'une nouvelle pratique de co-financement à partir de 2003 44
5.5 Renforcement des capacités des acteurs 45
5.5.1 Formation des conseillers municipaux et des conseillers régionaux 45
5.5.2 Formation des présidents de conseil rural et des assistants communautaires 45
5.5.3 Ateliers de mise à niveau sur les procédures de gestion des fonds de co-financement 46
5.6 Résultats 46

5.6.1 Evolution de la couverture des districts sanitaires 46
5.6.2 Résultats financiers 46
5.6.3 Résultats physiques 47
5.6.4 Résultats liés à la formation 47
5.7 Leçons apprises et perspectives 47

**VI. Comités de gestion 50**

6.1 Contexte 50
6.2 Justification 51
6.3 Objectifs 52
6.4 Description du processus de mise en œuvre de l'axe d'intervention comités de gestion 52
6.4.1 Première étape : l'élaboration participative des outils de fonctionnement des comités de gestion 52
6.4.2 Deuxième étape : la formation des membres des comités de gestion des districts sanitaires pilotes 54
6.4.3 Troisième étape : l'extension de la formation aux autres districts sanitaires de la zone d'intervention de DISC/USAID 55
6.5 Renforcement des capacités des acteurs 56
6.6 Résultats 56
6.7 Indicateurs 56
6.8 Leçons apprises et perspectives 57

**VII. Associations de relais polyvalents (ARPV) 58**

7.1 Contexte 58
7.2 Justification 59
7.3 Objectifs 59
7.4 Description de la mise en œuvre de la contractualisation communautaire 59
7.4.1 Phase préparatoire 60
7.4.2 Seconde phase : la mise en œuvre de la contractualisation communautaire 62
7.5 Renforcement des capacités des acteurs 63
7.6 Résultats 63
7.6.1 Couverture géographique des interventions 64
7.6.2 Activités réalisées 64
7.7 Indicateurs 64
7.8 Leçons apprises et perspectives 65

**VIII. Communication 68**

8.1. Contexte 68
8.2 Justification 69
8.3 Objectifs 69
8.4 Elaboration de la stratégie de communication 69
8.4.1 Identification des problèmes à résoudre par la communication 70
8.4.2 Mise en œuvre d'une stratégie de communication multimédia 71
8.5 Renforcement des capacités des acteurs 73
8.6 Résultats 73
8.6.1 Elaboration de plans annuels 73
8.6.2 Production 74
8.6.3 Contractualisation avec la presse 75
8.7 Indicateurs 76
8.8 Leçons apprises et perspectives 76

**IX. Conclusion 79**

9.1 Enseignements majeurs 79
9.2 Perspectives de pérennisation 85

**Annexes**

Annexe 1 : Bilan national des plans d'opérations des collectivités locales ……... 93
Annexe 2 : Bilan des plans d'opérations de la région de Ziguinchor …… 101
Annexe 3 : Bilan des plans d'opérations de la région de Kaolack …… 107
Annexe 4 : Bilan des plans d'opérations de la région de Fatick …… 113
Annexe 5 : Bilan des plans d'opérations de la région de Thiès ……..... 119
Annexe 6 : Bilan des plans d'opérations de la région de Louga …… 125
Annexe 7 : Bilan comptable des 1ère et 2nde convention Collectivités locales-ARPV 131

# LISTE DES SIGLES

| | | |
|---|---|---|
| **ADEMAS** | : | Agence pour le Développement du Marketing Social |
| **ARD** | : | Agence Régionale de Développement |
| **ARPV** | : | Association des Relais Polyvalents |
| **ASC** | : | Association Sportive et Culturelle |
| **ASC** | : | Agent de Santé Communautaire |
| **BASICS** | : | Basic Support for Sustitutionalizing Child Survival |
| **CA** | : | Cooperation Agency |
| **CCC** | : | Communication pour le Changement de Comportement |
| **CG** | : | Comité de Gestion |
| **CIP** | : | Communication Inter-Personnelle |
| **CL** | : | Collectivité Locale |
| **CPS** | : | Comité de Planification et de Suivi |
| **CS** | : | Centre de Santé |
| **DA** | : | Development Associates |
| **DISC** | : | Décentralisation et Initiatives de Santé Communautaire |
| **DS** | : | District sanitaire |
| **ECD** | : | Equipe Cadre de District |
| **ECR** | : | Equipe Cadre de Région |
| **ECS** | : | Equipe communautaire de santé |
| **EPS** | : | Education Pour la Santé |
| **FDD** | : | Fonds de Dotation de la Décentralisation |
| **FHI** | : | Family Health International |
| **GPF** | : | Groupement de Promotion Féminine |
| **ICP** | : | Infirmier Chef de Poste |
| **IEC** | : | Information-Education-Communication |
| **IST** | : | Infection Sexuellement Transmissible |
| **MCD** | : | Médecin Chef de District |
| **MCR** | : | Médecin Chef de Région |
| **MSH** | : | Management of Sciences for Health |
| **MSPM** | : | Ministère de la Santé et de la Prévention Médicale |
| **OCB** | : | Organisation Communautaire de Base |
| **OMS** | : | Organisation Mondiale de la santé |
| **ONG** | : | Organisation Non Gouvernementale |
| **PCR** | : | Président de Conseil Rural |
| **PHR** | : | Partnerships for Health Reform |
| **POCL** | : | Plan d'Opérations de la Collectivité Locale |
| **RTS** | : | Radio Télévision du Sénégal |
| **SIDA** | : | Syndrome de l'Immuno-Déficience Acquise |
| **SNEIPS** | : | Service National de l'Education et de l'Information Pour la Santé |
| **SO#3** | : | Strategic Objective #3 «Santé» (Objectif Stratégique 3) |
| **TS** | : | Technicien de la santé |
| **USAID** | : | United States Agency for International Development |
| **VIH** | : | Virus de l'Immuno-déficience Humaine |

**Introduction**

En dépit des efforts considérables de l'Etat en faveur du secteur de la santé, le Sénégal est confronté, depuis le début des années 1990, à un déclin des performances de son système de santé et à une dégradation de ses indicateurs. Parmi les réformes envisagées pour améliorer le système de santé, il y a la grande réforme décentralisatrice de 1996. Etant une réforme globale avec une dimension concernant la santé, elle constitue une opportunité pour le Ministère de la santé et ses partenaires pour répondre aux besoins de santé de la population en favorisant une meilleure accessibilité des services de santé en général et notamment, en améliorant les taux de vaccination, en réduisant la mortalité maternelle, infantile et infanto-juvénile. C'est dans ce contexte politique d'impulsion de la décentralisation que l'USAID, en partenariat avec le Ministère de la Santé et la Prévention Médicale, a mis en œuvre le projet DISC, dans le cadre de l'Objectif stratégique n°3 « utilisation accrue et durable des services de santé de la reproduction dans le cadre de la décentralisation », pour accompagner les collectivités locales dans la prise en charge des compétences qui leur sont transférées dans le domaine de la santé. Financé par l'USAID, le projet DISC a été exécuté dans sa première phase (2000-2003) par Development Associates (DA), Abt Associates et Umbrella Support Unit (USU), et dans sa seconde phase (2003-2006), par Development Associates en collaboration avec USU.

Dans la continuité du projet PHR qui a eu à expérimenter entre 1999 et 2000 un schéma de financement dans un nombre de huit (8) districts sanitaires pilotes, le projet DISC a consolidé les acquis du modèle expérimental et a reçu de l'USAID mandat d'appuyer la réalisation des ambitions politiques de l'Etat du Sénégal en matière de décentralisation dans le secteur de la santé. Pour concrétiser l'accord de partenariat entre le gouvernement de l'Etat du Sénégal et le gouvernement des Etats Unis d'Amérique, le projet DISC s'est assigné pour mission d'appuyer les services du Ministère de la santé et les collectivités locales dans l'application des principes de transparence et de bonne gouvernance formulés par les textes sur la décentralisation dans le domaine de la santé.

Ainsi, dans une perspective opérationnelle qui a allié les nouvelles exigences de la décentralisation dans le secteur de la santé et les finalités de la stratégie des soins de santé primaires, le projet DISC a engagé la réalisation d'une série d'activités dans une aire géographique de vingt neuf (29) districts sanitaires englobant cent quarante neuf (149) collectivités locales. Guidée par l'intention de rendre effectifs les principes de la décentralisation dans le secteur de la santé, cette agence d'exécution a entrepris la mise en branle d'axes d'intervention majeurs au nombre de cinq dont l'objectif vise à renforcer les capacités institutionnelles des acteurs de la santé dans le contexte de la décentralisation. Ces axes d'intervention sont : « la Planification communautaire », « le Cofinancement », « les Comités de gestion », « les Associations de relais polyvalents » (ARPV) et « la Communication ».
L'attendu principal de cette entreprise est l'instauration d'une bonne gouvernance locale sanitaire destinée à renforcer la viabilité des services de santé.

Le présent rapport relate l'histoire du projet DISC en rappelant le contexte dans lequel il est intervenu, le mandat à lui confié et les modalités de sa mise en œuvre. Il aborde aussi le déroulement de ses axes d'intervention dont les enseignements majeurs sont présentés en conclusion suivis de quelques perspectives de pérennisation.

## I. Contexte d'intervention du projet : la politique de décentralisation dans le secteur de la santé

La conception et l'exécution du projet DISC, pour être vraiment comprises, doivent être replacées dans le contexte historique qui l'a inspiré et réceptionné, à savoir l'approfondissement de la politique de décentralisation décidé en 1996 par l'Etat sénégalais. La réforme décentralisatrice de 1996 a fondamentalement induit un nouveau partage des rôles et responsabilités des acteurs impliqués dans la prise en charge de la santé.

### 1.1 Approfondissement de la politique de décentralisation

Les sénégalais sont toujours fiers de rappeler que l'expérimentation d'une décentralisation administrative dans leur pays remonte au XIXé siècle à la création des quatre vieilles communes que sont Gorée, Saint-Louis**,** Rufisque et Dakar, respectivement érigées en communes en 1872 (pour les deux premières), 1880 et 1887. Après l'indépendance, survenue en 1960, l'Etat du Sénégal a réaffirmé très fortement sa volonté politique de maintenir le développement de son administration sur la voie de la responsabilisation de ses démembrements que sont progressivement devenus les communes (depuis le XIXe siècle), les communautés rurales (depuis 1972) et les régions (depuis 1996). Cette volonté politique s'est illustrée par une dynamique évolutive du mouvement sénégalais de décentralisation qui a connu plusieurs réformes d'envergure dont la plus importante est certainement celle de 1996.

Après avoir initié dans la séquence historique antérieure à 1996 une série de réformes hésitant entre centralisation et décentralisation, l'Etat sénégalais a décidé de faire de l'année 1996 celle de la relance de la politique de décentralisation. Ainsi, par l'adoption (en 1996) et l'entrée en vigueur (en 1997) de nouveaux textes législatifs et réglementaires[1], l'Etat a accompli un pas qualitatif dans l'évolution du mouvement de décentralisation enclenché durant la période coloniale. Ayant opté depuis 1960 pour une politique de décentralisation progressive et prudente, mais désormais irréversible selon les termes de l'exposé des motifs de la loi 96-06 du 22 mars 1996 portant code des collectivités locales, le Sénégal va élargir et approfondir la décentralisation considérée, d'après un consensus perceptible dans le pays, comme une occasion de relancer le développement politique, économique et social. Cette relance s'appuie principalement sur l'érection de la région en collectivité locale**,** à côté des collectivités locales classiques que sont la commune et la communauté rurale et le transfert des compétences de l'Etat aux collectivités locales dans neuf (9) secteurs. Ces secteurs sont les suivants :

1. Domaine ;

[1] Il s'agit de six lois et de leurs décrets d'application (vingt-quatre décrets au total). Pour ce qui est des lois, il s'agit des loi 96-06 du 22 mars 1996 portant code des collectivités locales, loi 96-07 du 22 mars 1996 portant transfert de compétence aux régions, aux communes et aux communautés rurales, loi 96-08 du 22 mars 1996 modifiant le code électoral, loi 96-09 du 22 mars 1996 fixant l'organisation administrative et financière de la commune d'arrondissement dans ses rapports avec la ville, loi 96-10 du 22 mars 1996 modifiant la loi n°72-02 du 1er février 1972 relative à l'organisation de l'administration territoriale et loi organique n°96-11 relative à limitation du cumul des mandats électifs et de certaines fonctions modifiée. Pour ce qui est des décrets, il serait fastidieux de les énumérer mais on peut formuler, en ce qui les concerne, la remarque générale suivante : il s'agit d'une part, de décrets d'application des lois précitées et d'autre part, de décrets pris après l'entrée en vigueur des textes *ab initio* pour compléter le dispositif législatif. Pour l'ensemble de ces textes, v. République du Sénégal, Ministère de l'Intérieur et des collectivités locales, *Le recueil des textes sur la décentralisation,* Edition novembre 2003. Ce texte a été largement distribué par le projet DISC au cours des nombreux ateliers de formation des acteurs en décentralisation et santé.

2. Environnement et gestion des ressources naturelles ;
3. Santé, population et action sociale ;
4. Jeunesse, sports et loisirs ;
5. Culture ;
6. Education ;
7. Planification ;
8. Aménagement du territoire ;
9. Urbanisme et habitat.

Le transfert des compétences appelle les observations suivantes :

d'abord, le législateur annonce, à titre prospectif, qu'il s'agit là du transfert d'une première étape (on peut dire d'une première génération) de compétences ;
ensuite, ce qui est qualifié par la loi de transfert de compétences procède, en réalité, d'une répartition des compétences entre d'une part, l'Etat et les collectivités locales et d'autre part, entre les collectivités locales elles mêmes.

Il y a lieu de préciser que pour les communes et les communautés rurales, les nouvelles compétences s'ajoutent aux compétences générales dont elles disposaient depuis leur création. Enfin, le législateur prévoit des mécanismes de compensation financière des charges de transfert pour l'instant limités aux fonds de dotation de la décentralisation.

A partir du grand mouvement décentralisateur de l'année 1996, le Sénégal est certainement, en Afrique au sud du Sahara, l'un des pays qui dispose du dispositif institutionnel de décentralisation le plus sophistiqué. Un dispositif juridique impressionnant qui tire son inspiration du modèle français de la décentralisation et de l'histoire administrative du pays**.** Les collectivités locales (régions, communes et communautés rurales) nées à des dates différentes sont dotées d'organes élus au suffrage universel qui fonctionnent tant bien que mal.

Avec la mise en œuvre des réformes de 1996, les pouvoirs publics avaient proclamé avoir instauré les conditions d'une « révolution silencieuse » qui allait qualitativement changer l'organisation, le fonctionnement et les modes d'intervention de l'Etat sénégalais afin de susciter la participation pleine et entière des populations au développement local. Le discours politique ambiant s'articule autour de la nécessité d'approfondir et d'élargir la politique de décentralisation en vue de redimensionner et de reconfigurer l'action de l'Etat, rapprocher l'administration des administrés, impulser le développement à partir et par les populations à la base, accroître l'efficacité de l'utilisation des ressources publiques avec l'espoir de rationaliser et d'ajuster les politiques publiques à la lutte contre la pauvreté. L'analyse du système global de répartition des compétences entre l'Etat central et les collectivités territoriales montre que l'Etat est désormais théoriquement confinée aux missions régaliennes. Concrètement, cela s'est traduit par la dévolution d'une masse impressionnante de compétences de l'entité étatique aux entités infra étatiques dans des domaines comme la santé. Cette dévolution s'est traduite par un nouveau partage des rôles entre les acteurs de la santé.

### 1.2 Nouveau partage des rôles et responsabilités des acteurs de la santé

Les réformes de l'administration territoriale de 1972, la philosophie de la participation communautaire et l'adoption de la stratégie des soins de santé primaires à la conférence de

Alma Ata de 1978 ont familiarisé le secteur de la santé avec le concept et le discours de la décentralisation. Un discours qu'on retrouve dans l'esprit des résolutions de l'Initiative de Bamako, dans la stratégie de découpage du territoire en districts et dans l'instauration des comités de santé. Par ses initiatives d'ordre organisationnel, le secteur de la santé semble donc mieux préparé que les autres secteurs à impulser ses services et à les accompagner dans l'application des réformes décentralisatrices. Cependant**,** dans la pratique, il n'y a pas eu d'efforts majeurs de décentralisation de la planification, des ressources et de la gestion. En dépit des proclamations exaltant les soins de santé primaires et la participation communautaire, la santé n'était pas encore l'affaire de tous**,** mais exclusivement celle du gouvernement et de ses agents que sont les techniciens de la santé.

Les objectifs de la Politique Nationale de Santé concernent l'amélioration de l'état de santé de la population**,** avec en priorité la réduction de la mortalité maternelle et infantile, la maîtrise de la fécondité, ainsi que la réponse aux besoins de santé de la population en veillant particulièrement à l'égal accès à des soins de qualité. Dans cette perspective, la réforme décentralisatrice de 1996 a pour dessein de mettre fin à la gestion étatique centralisée des services de santé, laquelle s'est révélée non démocratique, non participative, inefficace et inefficiente. La préoccupation politique majeure de la réforme est de faire de la décentralisation une opportunité de meilleure participation des populations à la planification et à la prise en charge des problèmes de santé. Ce qui favorise une utilisation rationnelle et transparente des ressources destinées à la santé en vue d'améliorer la qualité des services et une meilleure accessibilité. Dans ce sens, les textes de la décentralisation, notamment la loi 96-07 du 22 mars 1996 portant transfert de compétences et le décret 96-1135 portant application de la loi de transfert de compétences en matière de santé ont instauré un dispositif d'amélioration de la bonne gouvernance locale sanitaire, fondée essentiellement sur un nouveau partage plus rationnel et plus clair des rôles et responsabilités des acteurs. A cet effet, les nouveaux textes procèdent à une nouvelle définition des rôles de l'Etat. Désormais, ce dernier définit les grandes orientations de la politique sanitaire, conserve la mission de l'allocation des ressources humaines, matérielles et financières du fonctionnement des services de santé, tout en demeurant le gardien et le garant du respect des normes sanitaires.

Au delà du confinement proclamé de l'Etat à ses missions régaliennes, l'une des innovations significatives de la réforme décentralisatrice est de promouvoir la dévolution d'un paquet considérable de compétences aux collectivités locales jusque là dé-responsabilisées dans la gestion des services de santé étatiques. A cet égard, ont été concédées aux collectivités locales les compétences de planification des problèmes de santé, de construction, d'équipement, de maintenance, d'entretien et de gestion des structures sanitaires. La volonté manifeste de mettre les collectivités territoriales au devant de l'action sanitaire s'illustre encore par le droit des autorités locales à donner leur avis avant la nomination de certains responsables de formations sanitaires et par la recommandation faite à l'intention des régions et communes de recruter, d'administrer et de gérer un personnel d'appoint mis à la disposition des structures sanitaires. A cela s'ajoute le transfert aux entités infra-étatiques d'une partie des ressources destinées au fonctionnement des structures sanitaires appelées fonds de dotation de la décentralisation. Pour assurer une gestion optimale et concertée des structures sanitaires, la réglementation a instauré des instances de bonne gouvernance représentatives des acteurs que sont les comités de gestion. Ces derniers constituent en quelque sorte des conseils d'administration communautaires habilités à délibérer sur l'ensemble des problèmes des structures sanitaires.

Dans cette nouvelle organisation administrative du Sénégal, l'unité opérationnelle qu'est le district sanitaire se trouve écartelée entre le territoire de plusieurs collectivités locales. Les administrateurs traditionnels de la santé que sont les techniciens sont dorénavant obligés de concéder leurs prérogatives gestionnaires tout en perdant le contrôle absolu sur une partie des ressources destinées au fonctionnement des structures sanitaires. En outre, ils se retrouvent face aux élus locaux qui deviennent de nouveaux interlocuteurs auxquels ils n'étaient pas habitués. Dans cette ambiance, une question ne peut être esquivée : quels nouveaux rôles pour les techniciens de la santé ? En substance, les nouveaux rôles des techniciens que l'on peine à comprendre sont, outre leurs fonctions classiques de prestataires de services de soins de santé primaires, les suivants :

i. services d'appui aux collectivités locales,
ii. conseillers techniques privilégiés des conseils régionaux, municipaux ou ruraux et de leurs exécutifs (présidents de conseil régional, maires ou présidents de conseil rural) sur les questions de santé,
iii. agents de plaidoyer auprès des élus et autres partenaires, pour la mobilisation de ressources en faveur de ce secteur.

En réalité, si le dispositif mis en œuvre introduit des changements sur les rôles des techniciens sanitaires, il les maintient comme éléments moteurs de la marche des systèmes locaux de santé.

A travers ces principes formulés par les textes sur la décentralisation, transparaît l'ambition politique d'instaurer les conditions d'une meilleure gouvernance locale des services de santé grâce à la décentralisation.
C'est dans ce contexte politique d'impulsion de la décentralisation que l'USAID, en partenariat avec le Ministère de la Santé et de la Prévention Médicale, a mis en œuvre le projet DISC, dans le cadre de l'Objectif stratégique n°3 « utilisation accrue et durable des services de santé de la reproduction dans le cadre de la décentralisation », pour accompagner les collectivités locales dans la prise en charge des compétences qui leur sont transférées dans le domaine de la santé.

## II. Mandat du projet

Pour concrétiser l'accord de partenariat entre le gouvernement de l'Etat du Sénégal et le gouvernement des Etats Unis d'Amérique, le projet DISC s'est assigné pour mission d'appuyer les services du Ministère chargé de la santé et les collectivités locales dans l'application des principes formulés par les textes sur la décentralisation dans le domaine de la santé. A cet égard, il constitue par rapport au projet expérimental qui est son prédécesseur et inspirateur, à la fois une continuité et une rupture. Continuité de PHR eu égard à la vocation de financement ou de cofinancement de la santé dans le contexte de la décentralisation. Rupture par rapport aux champs d'intervention progressivement couverts, qui l'ont transmué d'un projet (initialement) de financement de la santé à un projet d'assistance technique et d'appui à la bonne gouvernance locale sanitaire.

Une bonne compréhension de ce mandat, qui a évolué sous la pression des besoins exprimés par le terrain, requiert un rappel des références que sont les propositions techniques de base, la vision, le but, les objectifs et les résultats attendus.

### 2.1 Synthèse des propositions techniques des deux phases du projet

Le projet DISC, exécuté sur six années, s'est déroulé de façon contractuelle en deux phases de trois années. Chaque phase a couvert trois années et a eu pour base une proposition technique dont il faut rappeler les grandes lignes. En dépit des progrès réalisés dans les années 1980, le Sénégal est confronté depuis les années 1990 à un déclin des performances de son système de santé et à une dégradation de ses indicateurs. La grande réforme décentralisatrice de 1996 constitue une opportunité pour le Ministère de la santé et ses partenaires de répondre aux besoins de santé de la population en améliorant les taux de vaccination, en réduisant la mortalité maternelle, infantile et infanto-juvénile. La réalisation de ces objectifs demande un effort soutenu d'appui à la décentralisation et au développement d'un système fort de prestations de soins de santé à la périphérie. C'est dans ce contexte qu'il convient de replacer les deux propositions techniques qui ont guidé l'exécution des deux phases du projet DISC.

#### 2.1.1 Proposition technique de la première phase du projet DISC I (2000-2003)

La proposition technique à la base de la première phase de DISC a été soumise par Development Associates et Abt Associates. Les deux organisations ont fait équipe en partenariat avec USAID/Washington pour le projet de la réforme du système de santé et l'Umbrella Support Unit (USU) du Sénégal. Ceux-ci ont mis leur expertise au service du Ministère de la santé et de l'USAID pour les aider à atteindre les objectifs qu'ils se sont fixés dans le cadre de l'accord bilatéral qui lie l'Etat du Sénégal et les Etats Unis d'Amérique. Le modèle d'intervention de Development Associates/ Abt Associates repose sur trois principes clefs :

i. des interventions basées sur une compréhension approfondie de l'environnement ont plus de chance de produire les effets désirés que celles qui n'ont pour base qu'un modèle.
ii. les décisions sont mieux acceptées lorsqu'elles sont prises en étroite concertation avec les populations concernées ; mais pour obtenir une totale participation communautaire, il faut que la population contribue concrètement à l'activité ;

iii. il est plus efficace et plus pérenne de travailler au sein des structures administratives, sociales et politiques existantes que de créer des structures spécifiques.

A la lumière de ces principes, le projet DISC I a mis en œuvre :

i. la bonne gouvernance par la clarification des nouveaux rôles et responsabilités des acteurs de la santé dans le contexte de la décentralisation et le renforcement des capacités des acteurs pour les assumer ;
ii. la planification communautaire qui vise à outiller les communautés à élaborer leurs propres plans sanitaires et les faire intégrer dans les plans de districts et de région ;
iii. le financement des plans sanitaires locaux à promouvoir par le co-financement (matching) en favorisant la mobilisation de toutes les ressources disponibles au plan local et la gestion d'une contrepartie pour exécuter les composantes financées par l'USAID ;
iv. l'appui aux acteurs de la santé pour l'exécution, le suivi et l'évaluation des résultats ;
v. le soutien au plaidoyer et aux études pour accroître les compétences à chaque étape du cycle d'activités.

### 2.1.2 Proposition technique de la seconde phase du projet DISC II (2003-2006)

Dans la continuité de l'exécution du volet de financement de la santé mené par projet pilote PHR pendant deux ans (1998-2000) et poursuivi par le projet DISC sur une période de trois années allant de l'année 2000 à l'année 2003, l'USAID/Sénégal a envisagé de poursuivre et d'élargir son assistance technique et financière en matière de planification, de gestion et de financement des soins de santé décentralisés, à l'endroit des districts sanitaires pendant la durée de l'Objectif Stratégique N°3 (OS3). A cet effet, l'USAID/Sénégal a signé une autre commande de tâches dans le cadre existant du TASC IQC avec Development Associates, en vue de continuer l'activité de financement de la santé jusqu'en Août 2006.

La stratégie de l'USAID/Sénégal apporte un appui à l'intégration et à la décentralisation des services de santé au Sénégal. Cette approche stratégique cherche à renforcer la qualité et la durabilité des activités au niveau périphérique, où la majorité des sénégalais sont à la recherche des services de soins de santé.

Trois (3) partenaires de mise en œuvre ont été établis sous des instruments techniques séparés se concentrant sur trois domaines techniques, à savoir : la Survie de l'Enfant (SE), la Santé Maternelle et le Planning Familial (SM/PF) et les Infections Sexuellement Transmises et le SIDA (IST/SIDA), afin d'assister le Ministère de la Santé (MS) et les populations locales à accroître leur accès aux services de santé. Un quatrième partenaire de mise en oeuvre, Development Associates Inc. (DA), a été mis en place dès Août 2000 pour aider le Ministère de la santé et les collectivités locales à mieux préparer, budgétiser et financer, à partir de ressources propres, les plans locaux annuels de santé.

En raison de l'élan positif suscité par le projet pilote et de l'enthousiasme de l'USAID à la suite de l'émission de l'Ordre de Tâche de DA, le contractant devait progressivement apporter son appui à vingt neuf (29) districts sanitaires durant la période initiale de trois ans, pour s'assurer

de la disponibilité à la fois d'un financement de la santé interne et d'une qualité technique des services accrus pour environ 60 pour cent de la population du Sénégal. Afin de permettre une extension aussi dynamique, un mécanisme de Fonds de cofinancement a été établi sur des ressources de l'USAID. Ce mécanisme est géré par DA pour servir de levier de fonds, à partir des ressources propres des collectivités locales et des fonds de dotation de la décentralisation dans le but de financer les plans de santé élaborés par la communauté avec l'assistance des techniciens de la santé. Il était par ailleurs prévu que DA continuerait d'accorder un certain niveau d'assistance technique, de la formation et d'autres activités dans tous les districts appuyés pendant toute la durée de l'intervention.

Au cours des deux dernières années et demie d'activités (2000-2003), DA a travaillé intensivement pour aider les collectivités locales à mobiliser des ressources et à s'engager dans un processus de planning pour leur utilisation dans des investissements dans le secteur sanitaire. Ce processus s'est déroulé dans le contexte de l'expérience sénégalaise en cours de décentralisation administrative. DA devait donc apporter son assistance pour une compréhension globale des lois et règlements de la décentralisation dans le secteur de la santé à des fonctionnaires, autorités locales élues et membres de la société civile. Il a également fourni aux autorités locales élues, organisations de base et prestataires de services en santé (des secteurs public et privé) les informations nécessaires pour planifier et gérer des activités de santé au niveau local. Par ailleurs, DA a apporté son assistance pour la clarification des rôles et des processus de prise de décision aux niveaux central, régional, local et au niveau district sanitaire.

Durant la période DISC I, quinze (15) districts sanitaires ont été appuyés par cette approche combinant l'appui technique et l'appui financier. Grâce aux interventions de DA, les collectivités locales situées dans ces districts sanitaires ont mobilisé des ressources financières locales considérables pour l'exécution de leur plans de santé respectifs.

La mise en œuvre du volet de financement sanitaire, avec l'intention de développer la pérennité à long terme des services de santé dans les districts ciblés, implique un appui supplémentaire au processus de décentralisation ainsi que des interventions techniques du programme de l'OS3. L'expérience acquise avait montré la nécessité de la poursuite de telles initiatives.

Les activités envisagées pour la séquence temporelle 2003-2006 se concentrent principalement sur :

i. la décentralisation du planning et de la budgétisation dans les districts ciblés;
ii. la continuation du programme de fonds de cofinancement dans les districts nouvellement enrôlés;
iii. la fourniture d'assistance technique pour institutionnaliser davantage le planning et le financement de la santé au niveau local;
iv. la mise en œuvre des activités intégrées de santé grâce aux associations de niveau communautaire, à savoir, « l'Association des Relais Polyvalents (ARPV) ».

### 2.2 Vision du Projet

Le projet DISC contribue à l'avènement d'une meilleure santé de la population dans sa zone d'intervention à travers l'application des principes de bonne gouvernance et de transparence tels que définis dans les lois et règlements de la décentralisation.

Cette vision qui a orienté la conception et l'exécution du projet a voulu s'ancrer dans les réalités profondes de l'environnement politique, juridique, institutionnel et social du Sénégal.

A partir de ce postulat, le mode d'intervention du projet a été guidé par au moins trois préoccupations majeures :

- d'abord, ayant compris que les projets basés sur une compréhension approfondie de leur environnement ont plus de chance de produire les effets désirés que ceux qui ne sont fondés que sur un modèle théorique, le projet DISC s'est employé à faire connaître à ses partenaires politiques, administratifs et techniques les textes sur la décentralisation ; la vulgarisation du droit de la décentralisation à l'intention des acteurs appelés à les appliquer s'est focalisée sur les textes de base qui organisent les compétences transférées aux collectivités locales en matière de planification et de santé ;
- ensuite, pour susciter une participation communautaire optimale, la démarche participative a été au cœur des activités du projet que sont les ateliers de mise à niveau sur les rôles et responsabilités des acteurs, les sessions de planification communautaire, la mobilisation des ressources locales pour financer le plan communautaire, etc.
- enfin, le projet, dans un souci d'efficacité et de pérennité, a délibérément évité la voie de la création de structures de partenariat *ad hoc* pour inscrire ses interventions dans les instances et organes de l'organisation politique, administrative et technique de la république du Sénégal que sont le Ministère de la santé et ses services déconcentrés, les représentants de l'Etat, les services extérieurs de l'Etat, les collectivités locales, les comités de santé et les organisations de la société civile.

A la lumière de cette vision, la mission du projet a été de fournir un appui technique, dans les districts sanitaires d'intervention, pour y développer, au niveau de chaque collectivité territoriale, une expertise locale apte à élaborer des plans sanitaires communautaires, à les faire financer, à les exécuter dans le respect des principes de bonne gouvernance et à en assurer le suivi. Cette démarche vise à accroître la viabilité des services de santé et à faire en sorte que les populations s'approprient ces services.

Ainsi, il est aisément constatable que le projet DISC n'est pas exclusivement un projet de financement de la santé, mais plus largement un projet d'assistance technique avec une composante d'appui financier aux collectivités locales partenaires tout à fait conséquente, visant principalement l'appropriation par celles-ci des nouvelles responsabilités qui leur sont dévolues. Cette vocation est nettement perceptible à travers le but du projet.

### 2.3 But

Au regard de son mandat, le but du projet est de renforcer la pérennité institutionnelle et financière des services locaux de santé avec la participation des principales parties prenantes. Il s'agit d'un but qui allie finalité des soins de santé primaires et finalité de la décentralisation administrative.

### 2.4 Objectifs

Le but est décliné en trois objectifs:

i. renforcer les capacités institutionnelles locales en matière de santé dans le contexte de la décentralisation ;
ii. développer des stratégies alternatives de financement local de la santé ;
iii. promouvoir un environnement qui supporte mieux la pérennité des services locaux de santé.

### 2.5 Résultats attendus

De l'atteinte de chaque objectif sont attendus des résultats bien identifiés.

#### 2.5.1 Résultats attendus de l'objectif 1 (renforcer les capacités institutionnelles locales en matière de santé dans le contexte de la décentralisation)

i. Les parties prenantes des services locaux de santé partagent la même perspective sur les rôles et les responsabilités des principaux acteurs de la santé dans le contexte de la décentralisation.
ii. Les cadres de gestion des structures périphériques de la santé sont fonctionnels dans les districts cibles de l'USAID.
iii. La capacité de planification opérationnelle en matière de santé est renforcée au niveau communautaire.
iv. Les plans d'opération des collectivités locales sont élaborés avec la participation des parties prenantes.
v. La capacité de mise en œuvre et de suivi des interventions sanitaires des acteurs locaux est renforcée.

#### 2.5.2 Résultats attendus de l'objectif 2 (développer des stratégies alternatives de financement local de la santé)

i. Les ressources publiques et locales sont mobilisées au profit des interventions sanitaires.
ii. Les cadres institutionnels organisant la décentralisation de la santé sont renforcés (Comités de Santé, Comités de Gestion).

#### 2.5.3 Résultats attendus de l'objectif 3 (promouvoir un environnement qui supporte mieux la pérennité des services locaux de santé)

i. Les parties prenantes adoptent des comportements conformes à leurs responsabilités décrites dans les textes législatifs et réglementaires.
ii. Les activités promotionnelles de santé sont étendues à toute la communauté avec la participation des parties prenantes.

## III. Mise en œuvre du Projet

La réalisation de l'ambitieux programme, décliné en but, objectifs et résultats attendus, s'est faite à l'échelle d'une aire géographique qui s'est étendue au fil des années. Elle a nécessité la mobilisation d'importantes ressources et d'acteurs d'envergure pour l'exécution d'un spectre d'axes d'intervention.

### 3.1 Aire géographique des interventions

La couverture géographique des interventions du projet s'est, au fur et à mesure, étendue dans le cycle de l'exécution du projet 1999-2006. Il n'est pas superflu de retracer brièvement en quatre phases le mouvement évolutif de l'extension géographique du projet pour en saisir la dynamique.

Au cours de la première phase 1999-2000 qui est l'année de la phase expérimentale du schéma de co-financement, le projet test PHR-AVSC a couvert trois puis huit districts sanitaires comprenant soixante quinze (75) collectivités locales avec un peu moins de un million cinq cent mille personnes. Les entités sanitaires et les collectivités adhérentes de cette phase se situent dans les régions de Louga, Kaolack, Fatick et Thiès.

Au cours de la deuxième phase 2000-2001 marquant le démarrage effectif du projet DISC, la décision fut prise de passer à échelle mais de façon progressive. En effet, la démarche était nouvelle et l'expérience du projet pilote avait mis en évidence que l'appui aux collectivités locales demandait une préparation intensive ; en effet, il aurait été risqué pour un projet d'embrasser d'un coup la sphère géographique d'un ensemble de cent quarante neuf (149) collectivités locales, vingt deux (22) districts d'intervention.

Dans une troisième phase qui s'étale de 2002-2003, le nombre districts sanitaires couverts passe à quinze (15) et le nombre de collectivités locales à cent dix (110). La population bénéficiaire passe à prés de deux millions cinq cent mille personnes.

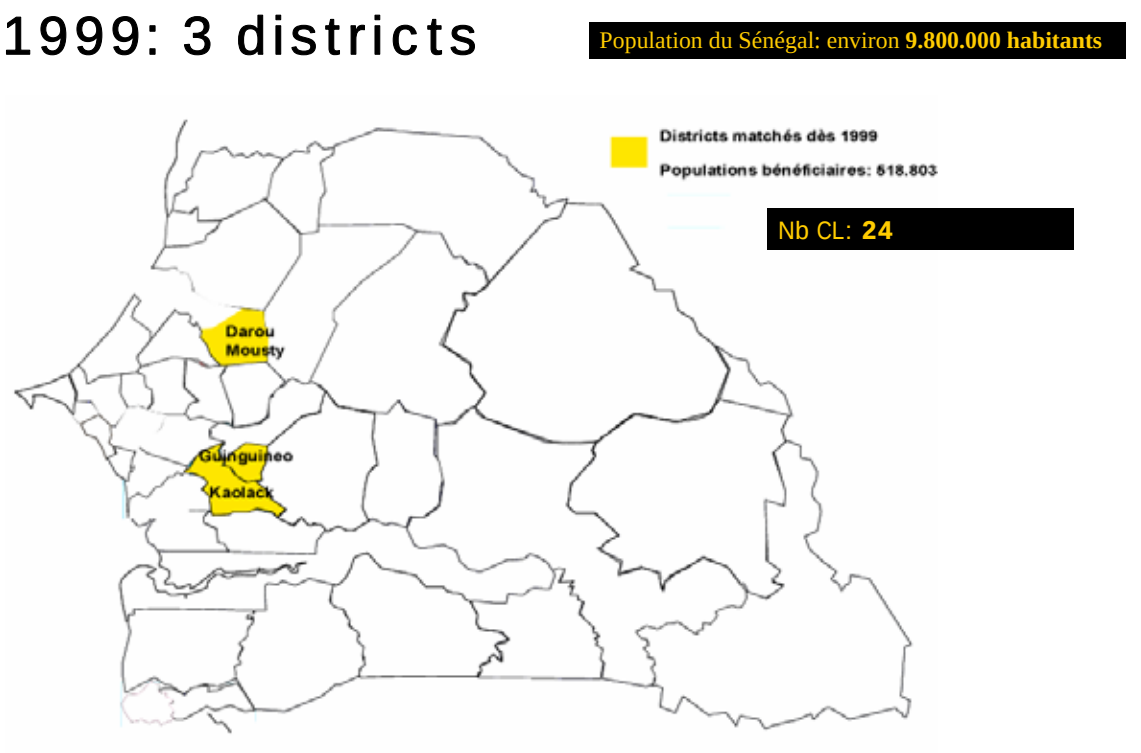
Dans la quatrième et ultime phase 2004-2006, les interventions du projet ont embrassé vingt deux (22) districts sanitaires avec cent quarante neuf (149) collectivités locales habitées par un peu moins de quatre millions d'habitants et situés dans les régions de Fatick, Kaolack, Louga, Thiès et Ziguinchor.

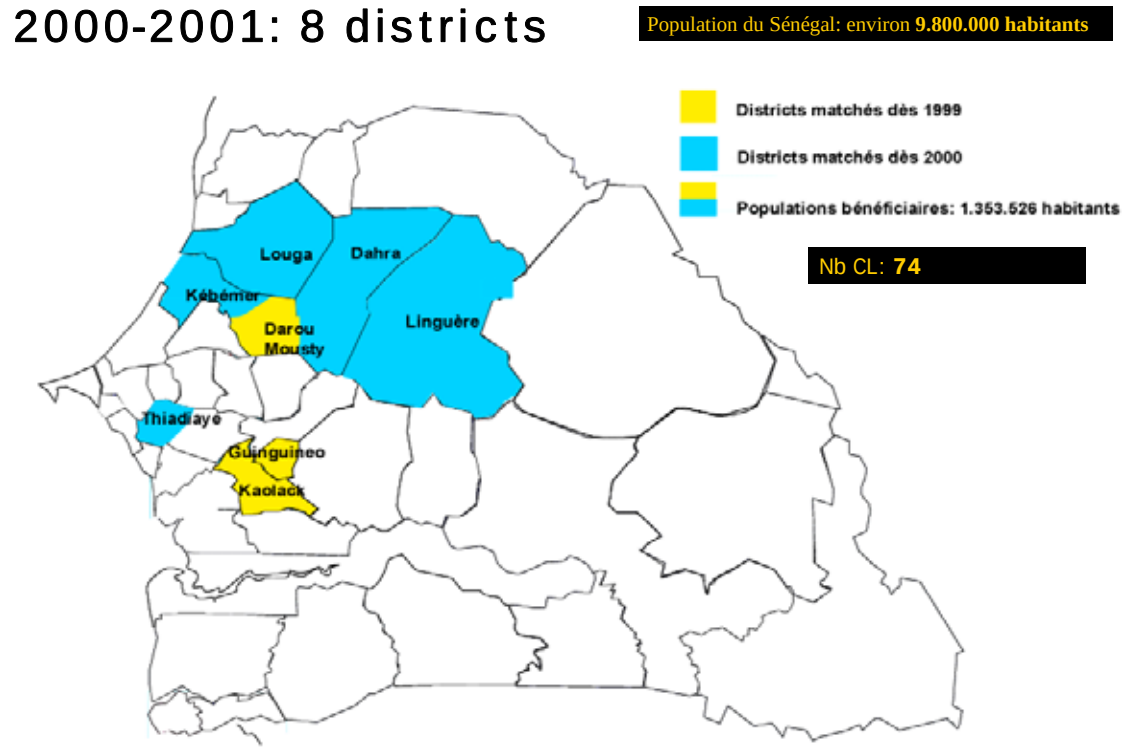
Ainsi qu'on le voit, l'extension géographique a été progressive et a tenu compte de la vitesse d'exécution du projet: dans le courant de l'année 2003 par exemple, au regard du retard accumulé dans la mobilisation des ressources locales des collectivités partenaires, il fut décidé d'observer une pause de la progression de l'extension et de reporter la prochaine étape à l'année 2004. A cet égard, la démarche adoptée fut flexible mais a rendu la gestion du projet complexe, surtout au niveau des fonds de cofinancement, car durant une même année, les districts se trouvaient à des niveaux d'exécution différents.

Au total, le projet n'a pas couvert la totalité du pays mais est parvenu à un maillage considérable du territoire national avec une présence remarquable du nord au sud, d'ouest au centre-est, en étant présent dans cinq (5) régions sur onze (11), vingt deux (22) districts sanitaires sur cinquante six (56) et cent quarante neuf (149) collectivités locales sur quatre cent quarante et une (441) et concerné une proportion de 37% de la population du Sénégal.

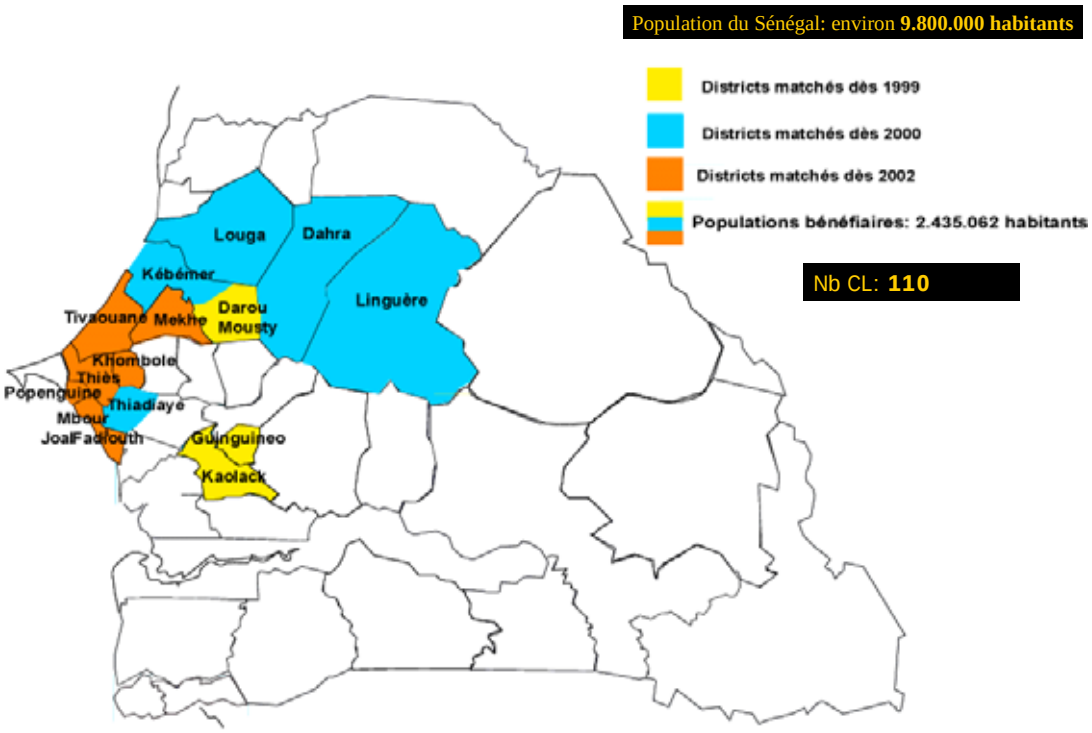
## SCHEMA DE L'EXTENSION GEOGRAPHIQUE DU PROJET

Les cartes suivantes permettent de visualiser l'extension progressive du Projet de l'année 1999 à l'année 2006.



## 2002-2003: 15 districts




## 2004-2006: 22 districts

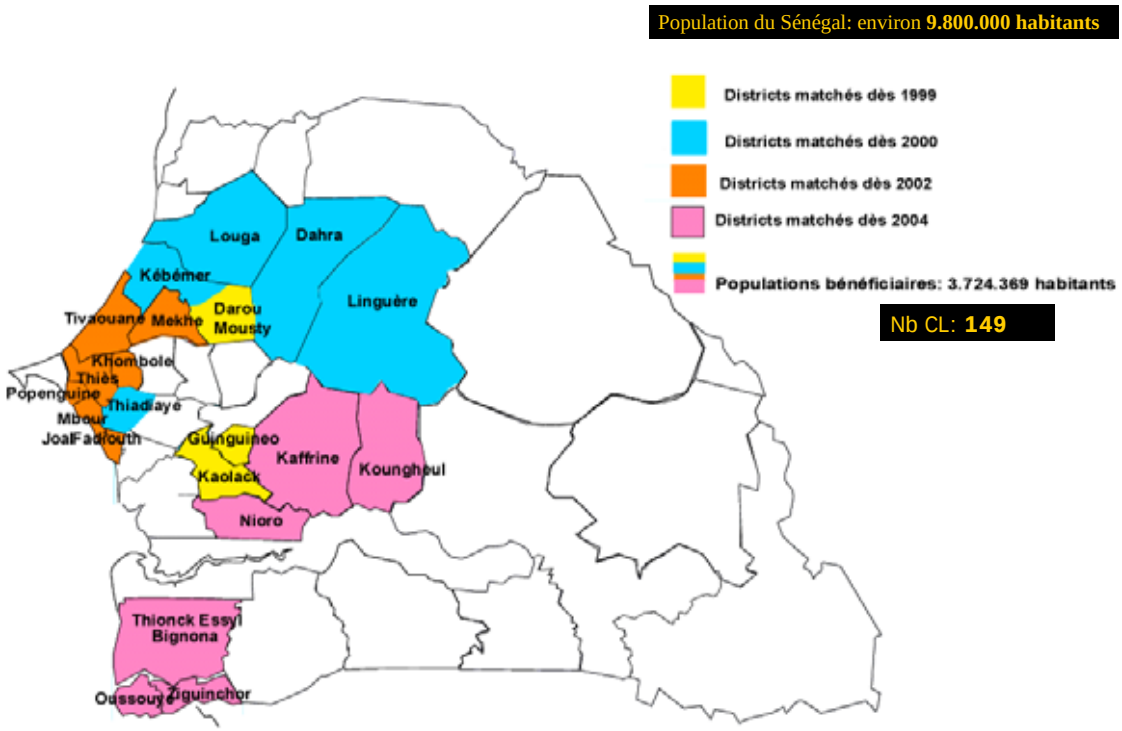


**TABLEAU SYNOPTIQUE DU PROCESSUS D'EXTENSION**

| Année | Nbre de Districts sanitaires | Nbre de Collectivité locales | | |
|---|---|---|---|---|
| | | Communes | Com. Rurales | Total |
| 1999 | 3 | 5 | 19 | 24 |
| 2000- 2001 | 8 | 10 | 65 | 75 |
| 2002-2003 | 15 | 20 | 90 | 110 |
| 2004-2006 | 22 | 27 | 122 | 149 |

### 3.2 Ressources du Projet

L'exécution d'un projet d'une telle envergure a nécessité la mobilisation d'importantes ressources financières, humaines et matérielles.

#### 3.2.1 Ressources financières

Exécuté dans le cadre de l'accord bilatéral entre l'Etat du Sénégal et les Etats Unis d'Amérique, le coût total des interventions des deux phases est de 6.576.198 dollars US soit 3.288.099.000 FCFA pour DISC I et 9.624.618 dollars US soit 4.812.309.000 FCFA pour DISC II.
Le projet DISC a utilisé des fonds répartis entre deux phases : une première phase DISC I qui s'étale de 2000 à 2003 et une seconde phase DISC II qui s'étale de 2003-2006. La première phase a mobilisé un montant de 2,35 millions de dollars américains soit 11.735.000.000 FCFA pour le cofinancement des plans des collectivités locales et l'appui institutionnel aux districts sanitaires et aux régions médicales. Pour la seconde phase, le budget réservé au co-financement des plans des collectivités locales et l'appui institutionnel aux régions est évalué à 3 millions de dollars américains soit 1.500.000.000 FCFA.

#### 3.2.2 Ressources humaines et ressources matérielles

La commodité de présentation de cette rubrique commande d'envisager ensemble les ressources humaines et les ressources matérielles.

L'équipe administrative et technique du projet DISC est composée d'une trentaine de personnes réparties entre une équipe centrale établie à Dakar et des représentants du projet au niveau périphérique dénommés administrateurs comptables.

L'équipe centrale est composée d'un chef d'équipe aidé d'un assistant.

Le chef d'équipe est secondé par le coordinateur technique.

La structure du projet comprend une sous-équipe composée du gestionnaire des fonds de co-financement assisté d'un assistant financier et d'un analyste financier.

Les services administratifs et financiers sont sous la responsabilité du responsable administratif et financier qui s'appuie sur un comptable, un logisticien, sept chauffeurs et un responsable informatique.

Les axes d'intervention du projet sont pris en charge par des responsables dits points focaux. Ces derniers sont : le chargé de l'appui à la planification, le chargé du renforcement institutionnel également coordinateur technique, le chargé de la promotion de la santé communautaire et le chargé de la communication.

Le terme point focal révèle la volonté d'intégration des interventions du Projet. En effet, si toutes les activités d'un axe d'intervention sont coordonnées par son point focal, certaines parmi elles peuvent être exécutées par un ou plusieurs autres points focaux. Ayant connaissance et expertise dans tous les domaines d'activité du Projet, les membres de l'équipe technique étaient polyvalents.

Outre le bureau central situé à Dakar, le projet a compté, au niveau périphérique, une huitaine de bureaux situés dans les départements de Thiès, Mbour, Kaolack, Dahra, Louga, Linguère, Koungheul et Ziguinchor. Ces bureaux sont sous la responsabilité des administrateurs comptable du projet. Ainsi, pendant toute la durée de son exécution, le projet DISC, dans un souci d'opérationnalité et de proximité avec ses partenaires, a pris le parti d'une présence significative en périphérie. Aussi, a-t-il fait l'option de se doter d'importants moyens de communication et d'organiser une gestion décentralisée pour permettre à ses bureaux dirigés par les administrateurs comptables de pouvoir correctement s'acquitter de leurs tâches jusqu'au niveau de chaque collectivité locale. C'est dans ce sens que la décision a été prise de positionner une partie significative de la logistique (véhicules) au niveau des bureaux périphériques. Au nombre de cinq occupés par treize (13) administrateurs comptables, ces bureaux ont couvert les vingt deux (22) districts sanitaires partenaires du projet. Ils étaient établis dans les villes de Thiès, Louga, Dahra, Kébémer, Mbour, Kaolack, Koungheul et Ziguinchor.

Ainsi, chaque bureau est dirigé par un administrateur comptable qui a sous sa responsabilité un chauffeur et un gardien. Le souci de rationalisation des moyens a, dans certains cas, amené des administrateurs comptable à utiliser ensemble un même bureau voire un même véhicule.

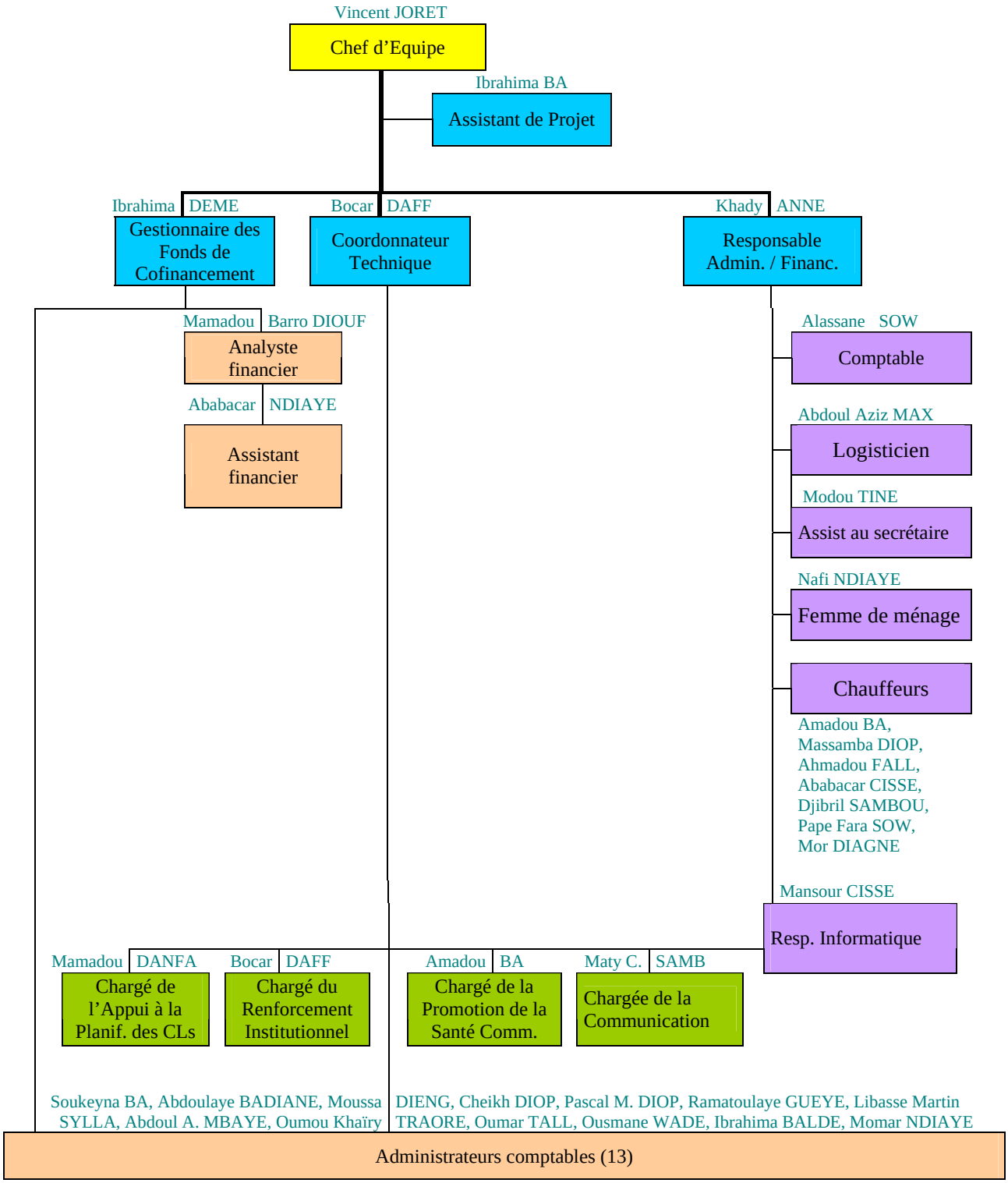
Pour avoir une relation permanente de communication de qualité entre le bureau central de DISC et les bureaux périphériques, le projet a utilisé deux voies de communication qui ont montré leur efficacité. D'abord, l'utilisation des nouvelles technologies de l'information et de la communication avec un système Intra Net qui a favorisé une grande fluidité de la circulation de l'information. Au bureau de Dakar, le système Intra Net a permis de mettre en réseau ordinateurs et imprimantes. Au niveau périphérique, les bureaux ont pu être équipés de lignes ADSL dès l'extension du réseau national dans la zone d'intervention du projet. Cela a grandement facilité l'envoi de courriels et la communication téléphonique par Internet.

Ensuite, l'organisation cyclique de réunions d'équipe mensuelles en un premier temps, hebdomadaires avec l'accélération de la cadence des activités du projet, a été un moyen de communication efficient entre les niveaux central et périphérique du projet. L'intérêt majeur de ces réunions a été d'une part, de maintenir en permanence le même niveau d'information pour toutes les personnes impliquées dans l'exécution du projet et d'autre part, de faire le point sur l'ensemble des questions soulevées en vue d'un meilleur suivi des activités et d'une résolution consensuelle des problèmes posés.

Au-delà de leur appellation, les administrateurs comptables ont été de vrais représentants du projet dans leur aire de responsabilité et ont toujours été l'interface incontournable entre les responsables du niveau central et les partenaires du niveau périphérique.

## ORGANIGRAMME DU PROJET DISC

L'organigramme ci-dessous représenté permet d'avoir une vue de l'organisation et du fonctionnement du projet DISC.

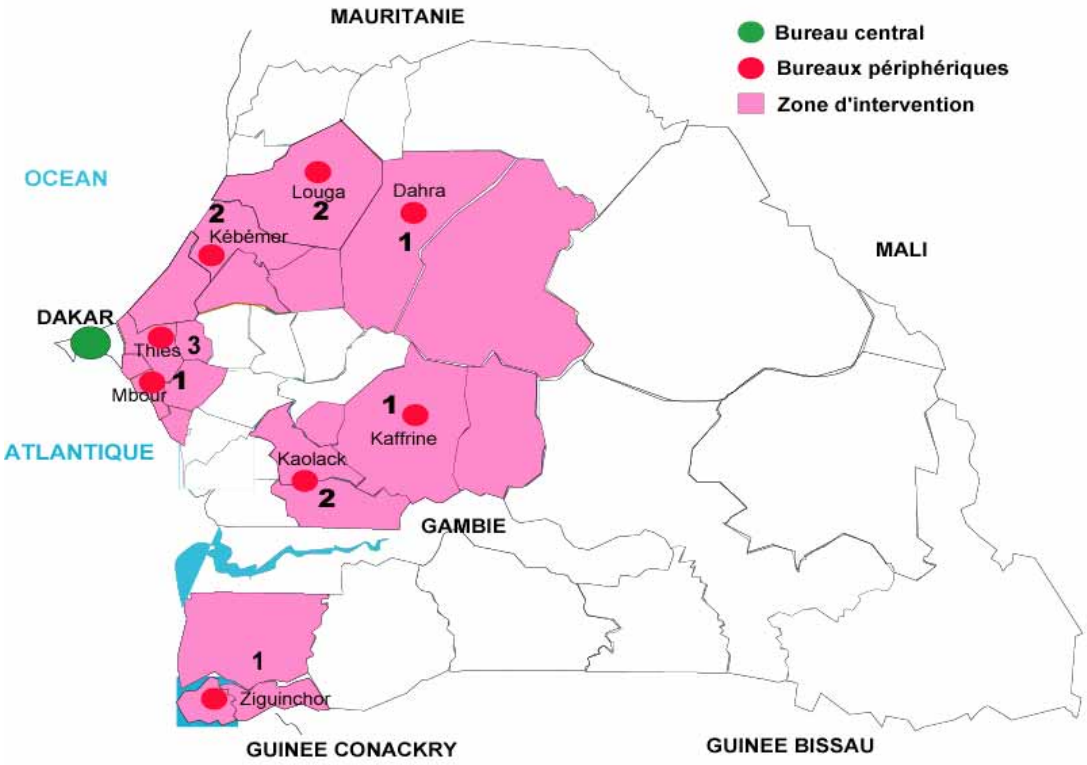


**REPARTITION DES ADMINISTRATEURS COMPTABLES DANS LA ZONE D'INTERVENTION DU PROJET DISC**

| Bureaux | Ressources humaines | Districts couverts | Nombre de CL |
|---|---|---|---|
| Thiès | 1 A/C<br>1 A/C<br>1 A/C<br>1 Chauffeur | Thiès, Khombole<br>Mékhé<br>Tivaouane | 13<br>8<br>9 |
| Louga | 1 A/C<br>1 A/C<br>1 Chauffeur couvrant cumulativement Louga, Kébémer et Darou Mousty | Louga | 16 |
| Dahra | 1 A/C<br>1 Chauffeur | Dahra, Linguère | 17 |
| Kébémer | 1 A/C<br>1 A/C | Kébémer<br>Darou Mousty | 11<br>6 |
| Mbour | 1 A/C<br>1 Chauffeur | Mbour, Thiadiaye, Popenguine, Joal Fadiouth | 12 |
| Kaolack | 1 A/C<br>1 A/C | Kaolack, Nioro, Kaffrine | 41 |
| Koungheul | 1 A/C<br>1 Chauffeur couvrant cumulativement toute la région de Kaolack | Koungheul Guinguinéo | 12 |
| Ziguinchor | 1A/C<br>1 Chauffeur | Ziguinchor, Oussouye, Bignona, Thionck Essyl | 4 |

## LOCALISATION DES BUREAUX DU PROJET DISC

Les chiffres sur la carte indiquent le nombre d'administrateur comptable (1-2-3) affecté à chaque bureau



### 3.3. Acteurs engagés dans la mise en œuvre du projet

L'exécution du projet est partie du postulat selon lequel les acteurs de la santé dans un environnement de décentralisation sont pluriels et doivent tous être impliqués dans l'identification et la prise en charge des problèmes de santé. Par conséquent, les acteurs, engagés dans la mise en œuvre d'un projet qui a pour vocation d'appuyer les initiatives de santé communautaire, sont nombreux et variés. Leur identification n'est pas superflue. Les acteurs qui ont été les partenaires du projet dans sa déclinaison sont le gouvernement du Sénégal, à travers le Ministère chargé de la santé et ses services extérieurs (les régions médicales et les districts sanitaires), le Ministère des collectivités locales, les représentants de l'Etat (les gouverneurs, préfets et sous-préfets) et les services extérieurs du Ministère de l'économie et des finances (les paieries régionales et les perceptions départementales). Parfois des services extérieurs de l'Etat, comme ceux du développement communautaire ou de l'éducation, sont intervenus dans le déroulement de certaines activités. Outre l'Etat et ses services centraux et périphériques, les collectivités locales (principalement les communes, les communautés rurales et accessoirement les régions) ont été les partenaires privilégiés avec lesquels le projet a signé des accords de financement dans le cadre d'un schéma de co-financement.

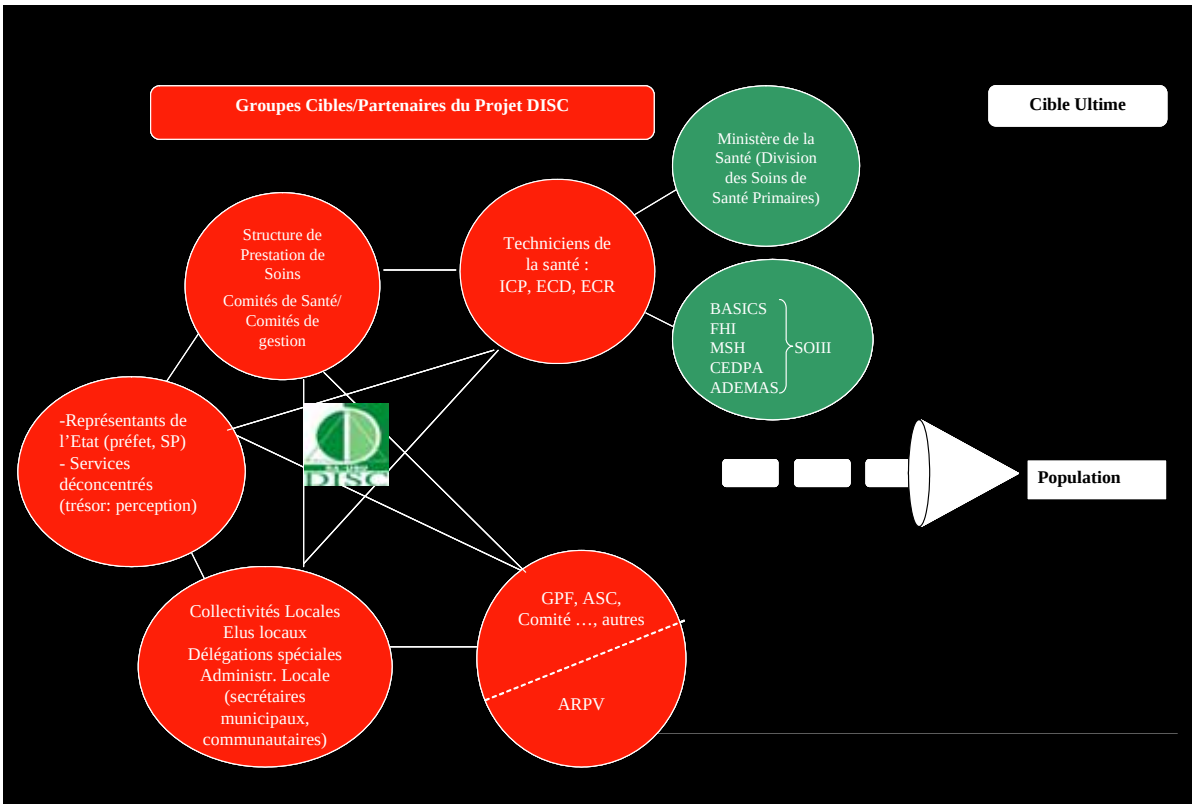
Désireux d'entrer en partenariat avec toutes les instances aménagées par le dispositif de la décentralisation, le projet a noué des relations fonctionnelles de collaboration avec les agences régionales de développement (ARD)[2] apparues, en l'occurrence, comme co-exécutant de certaines activités avec le projet et relais de certaines formes d'appui que celui-ci apportait aux collectivités locales dans une perspective d'institutionnalisation et de pérennisation.

D'autres partenaires significatifs du projet ont été les mandataires des organisations de la société civile très actifs lors des séances de planification et lors des montages financiers communautaires. Il s'agit des dirigeants des comités de santé (qui ont eu, dans certains cas, à verser des contributions pour le cofinancement à la place des collectivités locales), des représentants des groupements de femmes, des associations de jeunes et des associations de relais polyvalents.

Cette énumération des partenaires ne saurait passer sous silence les autres agences d'exécution de l'USAID avec lesquelles le projet DISC a eu des relations fonctionnelles, relations dans lesquelles il était tantôt co-exécutant d'activités avec celles-ci, tantôt coordonnateur d'activités communes comme celles menées par les ARPV.

[2] La loi du 22 mars 1996 prévoit en son article 37 que la région constitue en commun avec les communes et les communautés rurales, une agence régionale de développement (ARD). Cette agence a pour missions : d'apporter aux collectivités locales une assistance gratuite dans les domaines d'activités liés au développement. V. Décret n° 98-399 du 5 mai 1998 fixant les modalités de création, d'organisation et de fonctionnement des agences régionales de développement. Recueil des textes de la décentralisation précité, p. 293.

## PRESENTATION DES ACTEURS




Cette masse d'acteurs a conjugué ses efforts pour le déroulement des différents axes d'intervention.

### 3.4 Axes d'intervention du projet

Le projet a engagé la réalisation d'axes d'intervention dictés à la fois par le contenu des propositions techniques et les exigences concrètes du terrain. Animée de l'intention fondamentale de rendre effectifs les principes de la décentralisation dans le secteur de la santé, cette agence d'exécution de l'USAID a mis en œuvre cinq axes d'intervention majeurs dont l'objectif vise à renforcer les capacités institutionnelles des acteurs de la santé dans le contexte de la décentralisation. L'attendu principal de cette entreprise est l'instauration d'une bonne gouvernance locale sanitaire destinée à renforcer la viabilité des services de santé. Ces axes d'intervention sont : d'abord, « la planification communautaire » et « le cofinancement » qui sont des axes originels du projet ayant la particularité d'avoir traversé les deux phases d'exécution (DISC I et DISC II) ; ensuite, « les comités de gestion », « les associations de relais polyvalents » (ARPV) et « la communication » dont les temps forts de la conception et de l'exécution sont, pour l'essentiel, circonscrites à l'ère de la phase DISC II.

#### 3.4.1 Planification communautaire

La planification constitue un axe majeur originel du projet. Elle a, en substance, consisté à appuyer les collectivités locales à élaborer chaque année, avec l'assistance technique des techniciens de la santé et la présence des organisations communautaires de base, leur plans sanitaires locaux. Dans le respect de la logique de la politique de décentralisation et la logique

de la politique sanitaire, il s'est agi d'élaborer des plans sanitaires par une démarche participative au niveau communautaire et de faire de ces plans les éléments constitutifs des Plans des Districts Sanitaires qui, de façon agrégés, devraient idéalement contribuer à définir la base des Plans Régionaux.

L'exercice de planification communautaire auquel le projet a initié les collectivités locales est, en réalité, une simple application des textes de la décentralisation qui transfèrent des compétences de planification et de gestion dans le secteur de la santé[3]. Pourtant, cet exercice communautaire et participatif a bousculé et bouleversé les paradigmes en vigueur jusque-là dans le domaine de la planification des problèmes de santé. La remise en cause du paradigme est d'avoir définitivement substitué à la planification traditionnelle par les techniciens une planification par les collectivités locales et les représentants de la communauté avec l'assistance des responsables des formations sanitaires.

Axe majeur du projet rythmant le partenariat DISC-Collectivités locales et au-delà la vie des communautés, la planification fera, au chapitre IV, l'objet d'une présentation exhaustive qui en retracera le processus, les dynamiques, les difficultés et les acquis.

### 3.4.2 Cofinancement

Axe d'intervention originel et complémentaire à la planification, le cofinancement ou « matching » a consisté à organiser les dynamiques communautaires pour une mobilisation optimale des ressources financières au niveau local en vue du financement des plans communautaires. Le co-financement ne se limite pas simplement au financement des plans. Il s'est aussi employé à assister les collectivités partenaires dans l'exécution des plans, leur suivi et l'évaluation des résultats en toute transparence selon les principes de bonne gouvernance.

L'exercice de mobilisation participative de ressources locales pour le financement des plans dénommé par le projet «montage financier communautaire» constitue une innovation majeure dans le spectre des stratégies et mécanismes de financement de la santé qui sera décrit et documenté dans le cadre du chapitre V.

### 3.4.3 Comités de gestion

L'axe d'intervention comités de gestion a un destin assez particulier dans l'exécution du projet DISC. Les comités de gestion sont des instances qui regroupent les élus, les comités de santé et les techniciens de la santé pour délibérer sur l'ensemble des problèmes des structures sanitaires. Initialement, la question des comités de gestion ne faisait pas l'objet d'un axe d'intervention spécifique, mais était abordée dans le cadre des ateliers de formation en décentralisation et santé organisés pendant l'exécution des séquences DISC I et DISC II. Force est donc de constater qu'initialement relégués au second plan du fait de l'hégémonie du succès de la planification communautaire et du co-financement, les comités de gestion ont dû leur réhabilitation à une demande expressément formulée par le Ministère de la santé avalisée par l'USAID. La demande du Ministère adressée au projet pour l'appuyer à faire fonctionner les comités de gestion a été motivée par la léthargie dans laquelle se trouvent lesdits comités

[3] V. les décrets 96-1133 du 27 décembre 1996 portant application de la loi portant application de la loi de transfert de compétences aux régions, aux communes et aux communautés rurales en matière de planification et 96-1135 du 27 décembre 1996 portant application de la loi portant application de la loi de transfert de compétences aux régions, aux communes et aux communautés rurales en matière de santé et d'action sociale.

sur l'ensemble du territoire national. Or, il y a un consensus sur le fait que le comité de gestion est l'instance de bonne gouvernance qui permet une gestion des structures sanitaires respectant la transparence dans l'utilisation des ressources destinées à la santé. Sur cette question précise, l'ambition du Ministère de la santé et de la prévention médicale a été d'expérimenter avec le projet DISC une stratégie durable visant à élaborer et à implémenter des outils de fonctionnement des comités de gestion. Après l'expérimentation réussie de ces outils dans la zone USAID, le Ministère de la santé a pris l'engagement de se charger, par la suite, d'étendre leur application à l'ensemble des structures sanitaires du territoire national.

Ce partenariat dynamique Ministère de la santé-DISC/USAID a suivi un parcours expérimental riche d'enseignements qui sera décrit dans le chapitre VI.

#### 3.4.4 Associations de relais polyvalents (ARPV)

L'expérience de la contractualisation communautaire à travers les ARPV est un axe d'intervention apparu en cours d'exécution du projet DISC. Sa conception initiée pendant DISC I, a été finalisée et mise en application sous DISC II. Cet axe d'intervention a la particularité d'être un programme inter-CA, c'est à dire commun aux agences d'exécution de l'USAID pour lequel le projet DISC a pris une part active dans la coordination de la mise en œuvre.

L'expérimentation des ARPV est certainement l'une des premières vraies expériences de contractualisation de prestation de services de santé communautaire en Afrique au sud du Sahara. L'originalité de l'expérience est qu'elle est parvenue à mettre à contribution des acteurs éminemment communautaires que sont les collectivités locales récipiendaires de compétences dans le domaine de la santé et les associations de relais polyvalents. Ces dernières, entités associatives issues de la communauté, disposent de l'opportunité de contribuer dans un cadre organisé à l'atteinte des résultats concourant à une utilisation accrue et durable des services de santé.

La trame expérimentale, la trajectoire opérationnelle et les acquis de santé communautaire du programme ARPV seront présentés dans le chapitre VII.

#### 3.4.5 Communication

Apparu dès le début comme activité majeure devant soutenir et préparer les activités du projet, la communication a successivement emprunté des voies différentes mais complémentaires. En un premier temps, la communication s'articulait essentiellement autour d'activés menées sur le terrain à travers les ateliers de sensibilisation des femmes, les ateliers de sensibilisation des jeunes et les ateliers santé et décentralisation. Par la suite, la massification des collectivités locales à appuyer et la volonté d'élargir la portée des messages sur les thématiques de la décentralisation dans le domaine de la santé, de la sensibilisation des femmes et des jeunes ont poussé à son érection en axe d'intervention spécifique. Cela est arrivé à un moment opportun car pour l'exécution de son mandat, le projet DISC, en partenariat avec le Ministère de la santé et de la Prévention Médicale, a conçu et exécuté une approche d'assistance technique aux collectivités locales qui vise la bonne gouvernance locale sanitaire. Cette approche s'articule notamment autour des activités suivantes :

i. renforcement des capacités par l'explication aux acteurs de la santé (représentants de l'Etat, élus locaux, techniciens de la santé, membres des comités de santé et

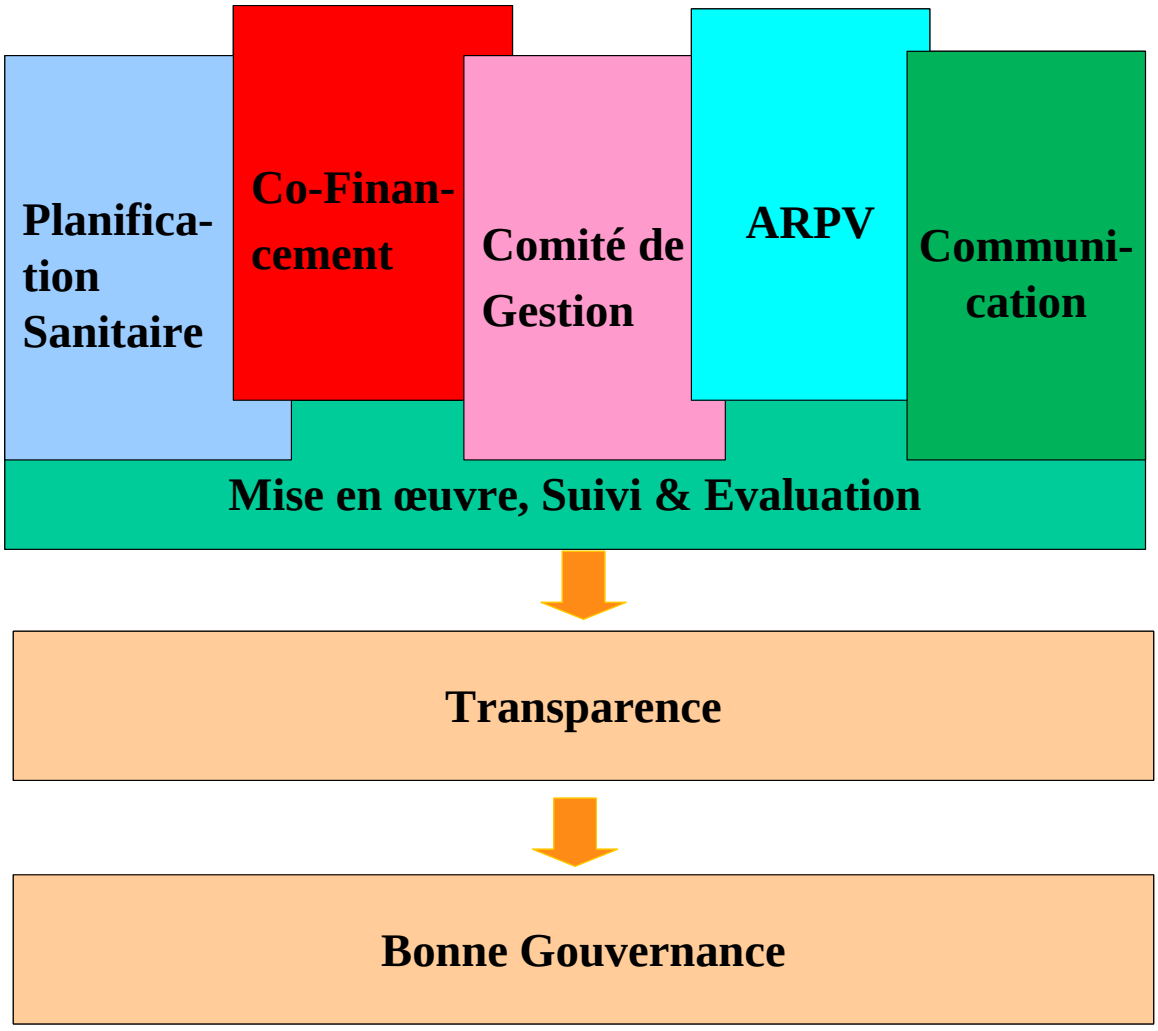
responsables des groupements de femmes, des associations de jeunes et individus) des rôles et responsabilités qui leur sont dévolus;

ii. sensibilisation des femmes pour leur présence active dans les instances où se prennent les décisions publiques ;
iii. élaboration du financement et de l'exécution de plans d'opérations des collectivités locales (POCL) par les parties prenantes ;
iv. formation des membres des comités de gestion ;
v. et coordination de la mise en œuvre de la contractualisation communautaire à travers l'expérience des Associations de relais polyvalents (ARPV).

C'est pour capitaliser et partager cette expérience d'assistance aux collectivités locales que le projet et le Ministère de la santé et de la prévention médicale ont engagé l'élaboration d'une stratégie de communication pour un changement qualitatif de comportement des acteurs de la santé dans le contexte de la décentralisation.

Le parcours méthodologique, participatif et enrichissant de l'élaboration de la stratégie de communication va faire l'objet d'une synthèse dans le chapitre VIII.

**AXES D'INTERVENTION DU PROJET**



## IV. Planification communautaire

Elément fondamental dans le dispositif d'intervention du projet DISC, la méthode de planification à laquelle le projet a initié les collectivités locales a été dictée par un contexte particulier. Elle obéit à des justifications légitimes et vise des objectifs qui ont pu être atteints dans l'ensemble. La description de l'outil de planification, tel que mis en pratique, permet d'apprécier les résultats de l'apprentissage qui a duré un nombre d'années variable selon les collectivités locales appuyées.

### 4.1 Contexte

Depuis l'accession du Sénégal à l'indépendance en 1960, le secteur de la santé a successivement mis en œuvre plusieurs réformes visant à accroître les performances du système de santé. Parmi ces réformes, il y a celles qui s'inscrivent dans le cadre de réformes plus globales. Ainsi, la réforme de l'administration territoriale et locale survenue en 1972 a suscité dans le secteur de la santé l'esprit de la participation communautaire dont l'une des manifestations les plus vivantes est la naissance des comités de santé. Outre les initiatives de participation communautaire, il y a lieu d'ajouter une série de réformes sectorielles qui seront opérées dans le secteur de la santé dont l'adoption de la stratégie des soins de santé primaires, scénario de développement en trois phases : l'initiative de Bamako, l'adoption de la politique de santé, le découpage du pays en districts sanitaires.

C'est dans cette ambiance de réformes qu'est intervenue l'adoption de l'approche programme. Cette dernière a donné naissance au Plan National de Développement Sanitaire et Social (PNDSS) et au Plan de Développement Intégré de la Santé (PDIS). A cela s'ajoute, plus récemment, la volonté politique d'accorder la priorité aux activités de prévention et de promotion de la santé.

Au demeurant, la réforme d'envergure décisive aura été la réforme décentralisatrice de 1996. Elle opère des transferts de compétences massifs aux collectivités locales en matière de planification et de santé. Outre les principes fondamentaux posés par les textes législatifs de base que sont la loi 96-06 du 22 mars 1996 portant code des collectivités locales et la loi 96-07 du 22 mars 1996 portant application de la loi de transfert des compétences aux régions, aux communes et aux communautés rurales, les décrets 96-1133 et 96-1135 du 27 décembre 1996 précisent respectivement les modalités d'application du transfert des compétences dans les secteurs de la planification et de la santé.

Au bout de deux années d'application des réformes de 1996, il a pu être constaté que celles-ci n'ont pas eu vraiment l'impact politique escompté. Le changement de paradigme attendu visant à faire des collectivités locales les acteurs de l'identification et de la prise en charge des besoins de santé n'a pas été au rendez-vous. Ainsi, contrairement à ce qui a été postulé et déclaré par le législateur, dans le secteur de la santé, les plans ont continué à être élaborés et exécutés principalement par les techniciens de la santé à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. D'après les études d'évaluation de cette planification, pour l'essentiel, le contenu des plans n'était pas conforme aux besoins des bénéficiaires qui n'étaient pas vraiment associés à son élaboration mais reflétait largement les préoccupations des techniciens de la santé. En outre, il est remarquable, dans la pratique, de constater que les activités planifiées ne sont pas exécutées et que les activités exécutées ne sont pas planifiées. Ce qui fait que les plans n'ont pas souvent été réellement les guides de l'action sanitaire.

Contre toute attente et contrairement au droit de la décentralisation, les collectivités locales qui depuis 1996 ont la légitimité de planifier et de gérer la santé n'étaient associées ni à l'élaboration ni à l'exécution des plans. Il était évident que cette forme de planification n'impliquant pas les collectivités locales néglige les opportunités de financement alternatif et complémentaires de la santé existantes avec la décentralisation et la coopération décentralisée. En plus, elle n'était plus en adéquation avec les options politiques fondamentales de l'Etat du Sénégal.

Pour traduire dans la réalité les nouveaux principes de planification proclamés par le législateur et opérer la rupture postulée par la nouvelle politique de l'Etat du Sénégal dans le domaine de la santé, le Projet DISC, en partenariat avec le Ministère de la santé et les collectivités locales, s'est attelé à remédier à cette situation dans sa zone d'intervention en optant pour un processus de planification effectivement pris en charge par l'ensemble des acteurs de la santé. Sur ce point, le changement de paradigme opéré a été radical : il ne s'agit plus d'inviter ou d'associer les populations, il s'agit de les outiller à planifier leurs propres activités en matière de santé avec l'appui et l'assistance techniques des prestataires de services de santé.

Le processus d'apprentissage à la planification communautaire a duré toute la période du projet (six années) et a été un temps fort important du partenariat entre le projet et les collectivités locales. Il s'est articulé autour des trois principes que sont : le faire-faire, l'appropriation et la pérennisation perceptibles à travers la description de l'outil de planification communautaire.

### 4.2 Justification

L'option d'appuyer les collectivités locales à être les acteurs de la planification communautaire obéit à des justifications de nature différente.

La première justification est certainement d'ordre juridique. C'est simplement la dévolution des compétences aux collectivités locales dans les domaines de la planification et de la santé. En effet, en application de la loi 96-07 du 22 mars 1996 portant transfert des compétences aux régions, aux communes et aux communautés rurales, le décret 96-1133 et le décret 96-1135 du 27 décembre 1996 ont transféré des compétences bien précises aux collectivités locales. Une lecture combinée de ces textes habilite pleinement les collectivités locales à prendre en charge le processus de planification et de prise en charge des besoins de santé de leurs populations devant lesquelles elles ont l'obligation de rendre compte.

La seconde justification est liée à la prise en compte par le projet des préoccupations des autorités sanitaires. Ces dernières ont nettement affirmé la volonté politique de renforcer la tradition de planification existante dans le secteur de la santé et la rendre davantage participative, ainsi que le postulent la stratégie des soins de santé primaires et la politique de décentralisation du Sénégal.

La démarche de planification impulsée par le projet DISC reste aussi fondamentalement marquée par la volonté d'appuyer l'approche communautaire comme stratégie de résolution des problèmes de santé. L'approche communautaire postule que toute action de santé publique, pour être couronnée de succès, doit s'appuyer sur la communauté qui doit être au cœur des activités de santé dont elle est destinataire. Cette réhabilitation de la communauté concerne aussi bien l'identification des problèmes prioritaires de santé, la détermination des

méthodes et moyens pour y faire face, l'exécution des activités que leur suivi et leur évaluation.

L'appui apporté par le projet DISC aux collectivités locales et autres acteurs communautaires pour qu'ils soient les fers de lance de la planification sanitaire, se justifie aussi par le fait que la décentralisation constitue une opportunité de taille pour l'accroissement des ressources locales destinées aux structures de santé. Concrètement, l'approche communautaire a incité à l'instauration consensuelle par les acteurs communautaires de schémas de co-financement et de montage financier communautaire. Cela a permis, d'une part, la mobilisation de nouvelles ressources locales gérées selon les principes de la bonne gouvernance et de la transparence et d'autre part, le financement des activités planifiées à un niveau appréciable.

### 4.3 Objectifs

L'axe d'intervention qu'est la planification vise les objectifs suivants :

i. faire partager aux parties prenantes des services locaux de santé la même perspective sur les rôles et responsabilités des principaux acteurs de la santé dans le contexte de la décentralisation.
ii. Renforcer les capacités des acteurs communautaires en matière de planification.
iii. Appuyer l'élaboration des Plans d'opération des collectivités locales (POCL) avec la pleine participation des parties prenantes.

### 4.4 Description de l'outil de planification communautaire

La description de l'outil de planification communautaire requiert la présentation de l'instance de planification qu'est le comité de planification et de suivi en santé (CPS) et la description du schéma opérationnel de planification communautaire.

#### 4.4.1 L'instance de planification : le comité de planification et de suivi en santé (CPS)

Pour permettre aux collectivités locales de prendre en charge les missions qui leur sont dévolues en matière de planification sanitaire, le projet a appuyé l'instauration par les parties prenantes d'une instance habilitée à élaborer les plans, suivre leur exécution et procéder à leur évaluation annuelle. Il s'agit du comité de planification et de suivi en santé (CPS) instauré au niveau de chaque collectivité locale. Cet organe constitue, outre son rôle de planification et de suivi, un cadre de dialogue et de concertation entre les acteurs de la santé.

L'option d'appuyer la planification communautaire a été perçue par le Projet comme moyen d'outiller les collectivités locales pour une meilleure prise en charge des compétences qui leurs sont transférées en matière de santé. Cette planification est conçue comme une stratégie de résolution des problèmes de santé des populations. A cet égard, devenus des rendez-vous communautaires annuels, les ateliers de planification constituent des lieux de convergence des énergies à mobiliser pour trouver localement les solutions appropriées aux problèmes de développement sanitaire des collectivités locales.

Pour aider ces dernières à trouver une instance représentative de l'ensemble des acteurs capables d'identifier les vrais problèmes de santé de la communauté, les agences d'exécution

de l'objectif stratégique n°3 de l'USAID ont suscité la mise sur pied en 2001 d'une Equipe Communautaire de Santé (ECS) au niveau de chaque collectivité locale.

Depuis sa conception originelle, l'ECS a connu, tant dans son organisation que son fonctionnement, une évolution dictée par les nouvelles exigences du terrain et tendant à responsabiliser davantage les entités territoriales infra étatiques pour donner plus de sens voire plus de légitimité aux Plans d'Opérations des Collectivités Locales (POCL). La désignation de l'organe exécutif local comme Président *es* qualité de l'ECS, à partir de la préparation des Plans d'Opération 2003, devait permettre aux dites collectivités de mieux se retrouver dans les POCL élaborés par des acteurs que le projet a voulu largement représentatifs des différentes composantes de la population.

La pratique des ateliers de planification a montré que la présidence des ECS par les exécutifs locaux (maires et présidents de conseil rural) n'a été, en général, assurée de façon effective qu'au niveau des communautés rurales. Au niveau des communes, cette présidence n'a pratiquement jamais été assurée du fait de l'indisponibilité des Maires. Cette situation accentue la sous représentativité tant qualitative que quantitative des élus locaux au niveau de l'élaboration du document présenté comme étant son plan et pose le problème du renforcement des conditions de pérennisation des acquis de cette planification. En effet, il a été constaté que sur un nombre de vingt cinq qui composaient l'ECS, les élus, au nombre de cinq, étaient faiblement représentés. A cet égard, un sondage effectué le 14 Juin 2003 à l'occasion d'une formation des conseillers municipaux tenue dans la commune de Louga pour vérifier l'impression de décalage qui se dégage de l'attitude des élus locaux par rapport aux POCL a révélé des résultats qui suggèrent une modification de la composition de l'instance chargée de la planification communautaire. En effet, sur trente cinq (35) conseillers présents, y compris le Maire, 86% avaient déclaré ne pas connaître l'ECS. De même, aucun parmi les présents n'était membre de l'ECS et 43% n'étaient même pas au courant de l'existence d'un plan de santé dans leur localité. Des résultats similaires ont été obtenus auprès du Conseil Municipal de Guinguinéo.

Cette situation, outre le fait qu'elle remet en cause l'appropriation des plans par la collectivité locale, pourrait expliquer également les difficultés que les Maires et PCR peuvent rencontrer dans l'acceptation par le conseil de mobiliser des ressources pour le financement d'un plan qui leur est inconnu.

Pour pallier ces insuffisances préjudiciables à la planification et à l'exécution des plans, le projet DISC a conseillé aux collectivités locales d'instituer une instance qui préserve les acquis de l'équipe communautaire de santé et qui soit mieux ouverte aux élus dans sa composition. Cette nouvelle instance plus représentative des élus est le Comité de Planification et de Suivi (CPS) du POCL. En substance, il est composé des membres des commissions santé, planification et finances des conseils municipaux et ruraux, des assistants communautaires pour les communautés rurales, des secrétaires municipaux pour les communes, des représentants des associations de jeunes et des groupements de femmes, des représentants du développement communautaire et des responsables des formations sanitaires.

Aujourd'hui, ce CPS, institutionnalisé par arrêté des maires (dans les communes) et des présidents de conseil rural (dans les communautés rurales), est devenu un organe permanent des collectivités locales.

### 4.4.2 Description du processus de planification communautaire

L'appui au processus de planification communautaire par le projet DISC peut être schématisé ainsi qu'il suit. Le projet a procédé à la formation d'une équipe de personnes appelées doublons. Ce sont ces personnes qui ont encadré les collectivités locales à élaborer leurs plans dits POCL. Ces plans ont suivi un parcours de validation qui leur confère la légitimité facilitant leur exécution et leur suivi. Le processus est ainsi passé par plusieurs phases.

#### 4.4.2.1 Première phase : le choix et la formation des doublons

Chaque district sanitaire partenaire du projet a choisi une équipe de personnes ressource. Un groupe composé, d'une part, par des membres de l'équipe cadre de district (ECD) et d'autre part, des agents du développement communautaire et des représentants de la société civile. On les appelle « doublons » du fait de l'esprit qui a présidé à leur choix et qui a associé un agent provenant du milieu médical et un agent choisi hors du milieu médical.

La formation des doublons a été assurée par le projet au cours d'un atelier résidentiel d'une durée de sept (7) jours : 3 jours en « Décentralisation et santé », pour permettre aux acteurs de connaître leurs rôles et responsabilités dans le nouveau contexte de la décentralisation, et 4 jours en processus de planification participative visant à renforcer les capacités des acteurs en matière de planification. Cette formation a été sanctionnée par une attestation de participation qui a considérablement valorisé et suscité l'engouement de ces personnes ressources.

Une fois formés, ces doublons ont été chargés d'appuyer les membres des CPS à élaborer les plans communautaires dans les collectivités locales de leurs districts respectifs.

Il y a lieu de signaler que pour des soucis de renforcement continu des capacités des acteurs, les doublons ont été conviés, l'année qui a suivi leur formation initiale, à un atelier résidentiel de recyclage pendant quatre (4) jours : deux (2) jours en Santé et Décentralisation et deux (2) jours en planification participative. Ce recyclage a permis de combler les lacunes, de tirer les enseignements du terrain et de renforcer les acquis dans le but de mieux appuyer les CPS.

#### 4.4.2.2 Deuxième phase : l'élaboration des plans communautaires

Pour respecter l'esprit de la décentralisation qui voudrait que la collectivité locale soit l'échelon pertinent d'identification des problèmes et l'échelle appropriée de la recherche de réponses aux problèmes locaux, l'élaboration des plans sanitaires s'est effectuée au niveau de chaque collectivité locale avec l'assistance des doublons. Ceux-ci ont été formés pour faciliter, appuyer et non orienter les CPS dans l'élaboration des plans communautaires.

Cet exercice communautaire s'est déroulé durant trois jours pendant lesquels les doublons assistent les CPS à identifier les problèmes, déterminer les priorités et les solutions pour la résolution de leurs problèmes de santé. Pour mener à bien la formation, les formateurs ont été dotés de deux documents de référence qui sont, en quelque sorte, des guides mis à leur disposition. Il s'agit du module « décentralisation et santé » et du guide de formation des membres des CPS en planification participative.

Lorsque la mission collective de planification est effectuée, les plans ont fait l'objet d'une budgétisation dont la préoccupation et la finalité sont de garantir leur exécution.

### 4.4.2. 3 Troisième phase : la « priorisation » et la budgétisation des plans communautaires des Communes et Communautés Rurales

A l'instar de la planification, l'exercice de « priorisation » suivi de celui de budgétisation des plans s'est déroulé de façon participative au niveau de chaque collectivité locale. Il est question, à ce stade, de donner un coût aux activités contenues dans les plans communautaires sur la base de l'identification de ressources de nature et source diverses (les fonds issus des comités de santé, des organisations féminines, des associations de jeunes, des comités de forage, etc.) mobilisables à partir d'un système de mobilisation fédérative de ressources appelé par le projet le « montage financier communautaire ». L'intérêt de ce montage financier communautaire a permis ainsi de compenser la faiblesse des ressources des collectivités locales.

Par la suite, lorsque les POCL de la totalité des collectivités sises dans le district furent élaborés, une journée est consacrée à la synthèse des plans pour les districts ayant moins de neuf collectivités locales. Deux journées sont consacrées à la synthèse pour les districts sanitaires englobant plus de neuf collectivités locales.

Ces séances de synthèse ont été, par excellence, une instance d'intégration des POCL au niveau district. A cette occasion, chaque maire ou président de conseil rural ou son représentant a présenté devant l'assistance le plan d'opérations de la collectivité locale. Cette présentation fut suivie de discussions entre les acteurs que sont les maires et présidents de conseil rural, le Médecin-Chef de district et l'équipe-cadre de district, les présidents et trésoriers des comités de santé, les secrétaires municipaux et les assistants communautaires.
Après ces présentations, le médecin-Chef de District informe les acteurs présents sur le montant et la nomenclature des fonds de dotation de la décentralisation logés dans la commune qui abrite le centre de santé de référence du district sanitaire. C'est sur cette base que le « matching » du fonds de dotation qui est une prime de 20% desdits fonds est consacré à des activités planifiées selon les conditions d'utilisation suivantes :

- d'abord, il n'y a pas possibilité de partager ce bonus résultant du « matching » entre les collectivités locales du district sanitaire ;
- ensuite, ce montant est destiné à l'investissement ;
- enfin, sont visés les investissements d'utilité avérée pour l'ensemble du district destinés à corriger, dans un souci d'équité, les disparités au niveau de l'offre entre les différentes collectivités qui composent le district.

Prennent part à cette synthèse de district, les maires/présidents de conseil rural, le médecin-Chef de district et son équipe cadre, les présidents et trésoriers des comités de santé et enfin les Secrétaires Municipaux et les Assistants Communautaires (ASCOM). Pour les collectivités ayant plus de deux (2) postes de santé, deux (2) ICP ont été désignés pour représenter leurs collègues à la synthèse de district.

#### 4.4.2.4 Quatrième phase : la restitution des plans

Après les activités de budgétisation et de synthèse, les POCL ayant fait l'objet de budgétisation et de synthèse sont soumis aux autres agences de coopération de l'USAID pour intégration de leur participation. Les POCL enrichis des apports des CA (BASICS, MSH, FHI, CEDPA) sont alors portés à la connaissance des partenaires.

#### 4.4.2.5 Cinquième phase : la validation régionale des plans

La validation régionale des plans s'effectue au niveau d'ateliers organisés au niveau régional en présence des élus locaux, du directeur de l'ARD, du Médecin-Chef de région, des équipes cadres de district.
Définitivement validés, les plans sont co-signés par le maire ou le président de conseil rural, le directeur de ARD, le MCR et le MCD. Les copies des POCL sont envoyés aux autres agences d'exécution de l'USAID (CA). Ils font l'objet de délibération et d'adoption au niveau des conseils municipaux et ruraux. Ainsi, ces plans deviennent pendant une année les documents de référence de l'action sanitaire de la collectivité locale.

#### 4.4.2.6 Sixième phase : la signature des accords de financement

Les plans validés sont adoptés par les organes délibérants des collectivités locales et font par la suite l'objet de contrats liant les collectivités locales et DISC/USAID. Ces contrats dits accords de financement sont solennellement signés par les collectivités locales et le projet à l'occasion d'un atelier régional présidé par les gouverneurs de région.

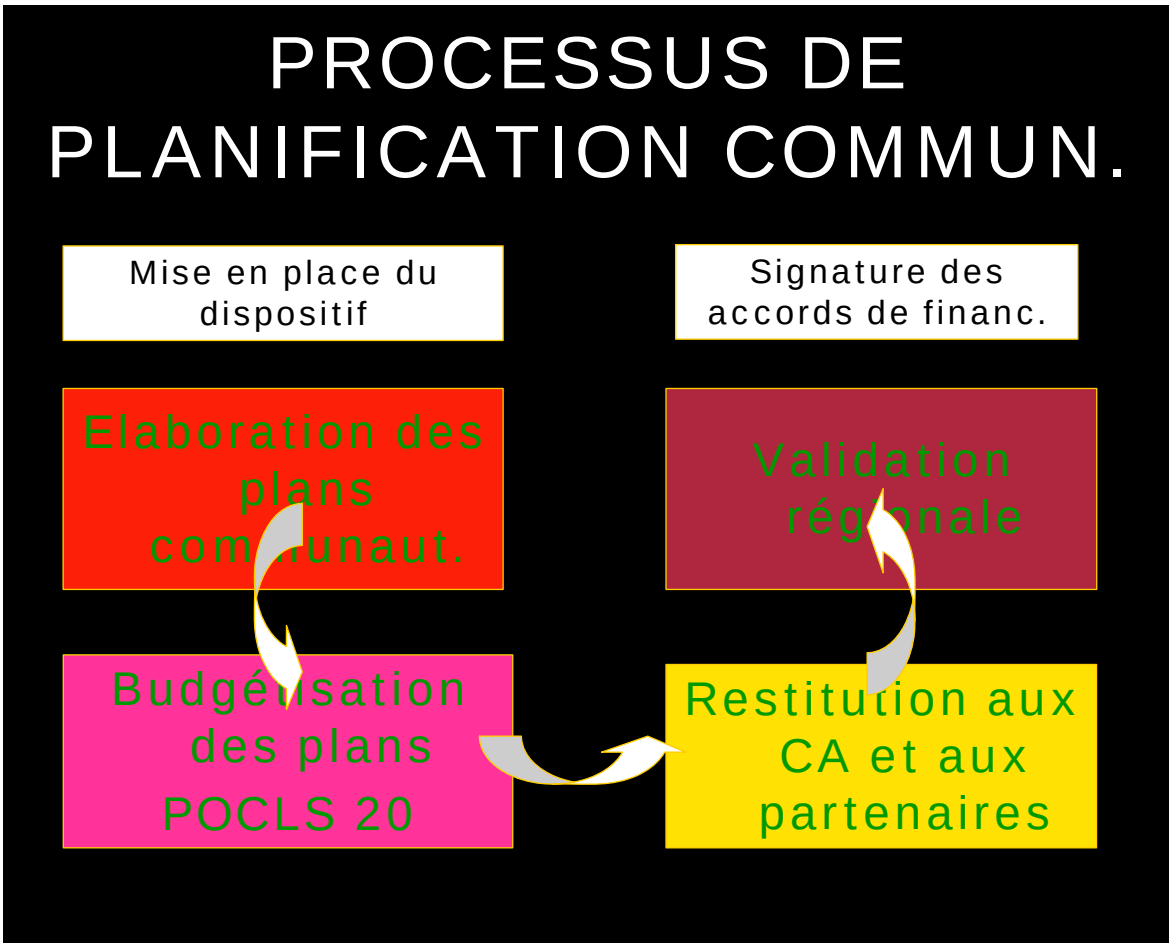
### 4.5 Renforcement des capacités des acteurs

L'axe d'intervention « planification communautaire » comporte une forte dimension de renforcement des capacités qui s'insère dans un des objectifs fondamentaux de l'objectif stratégique n° 3 de l'USAID à savoir « renforcer les capacités institutionnelles et locales en matière de santé dans le contexte de la décentralisation ».

Pour réaliser cet objectif de renforcement des capacités institutionnelles des acteurs en matière de gouvernance locale sanitaire, le projet a initié une série d'ateliers d'information, de formation et de sensibilisation sur les rôles et responsabilités des acteurs de la santé dans le contexte de la décentralisation. Les ateliers se sont tenus à des échelons différents au niveau collectivité locale et au niveau district. Y ont participé à chaque niveau : les représentants de l'Etat (gouverneurs, préfets, sous-préfets), les services extérieurs de l'Etat, notamment les percepteurs, les directeurs des agences régionales de développement, les responsables des collectivités locales que sont les présidents de conseil régional, les maires, présidents de conseil rural et d'autres élus locaux, les responsables des formations sanitaires que sont les médecins chef de district, les infirmiers chefs de poste, les responsables des comités de santé que sont les présidents et les trésoriers des comités de santé et les responsables des organisations communautaires de base, comme les associations de jeunes et les associations de femmes.
L'intérêt pédagogique majeur des ateliers a été de procéder à une explication des rôles et responsabilités dans un cadre qui regroupe l'ensemble des acteurs. Cela a permis de se faire rencontrer des responsables qui ne disposaient pas de cadre de rencontre habituel. De même, les acteurs ont pu, grâce à ces ateliers, bénéficier d'une mise à niveau et d'une compréhension

commune des textes et des bonnes pratiques. Ce fut aussi pour les acteurs l'opportunité de discuter sur les problèmes de santé locaux.

En marge du processus, des ateliers ont été organisés, sur leur demande expresse, à l'intention des conseillers municipaux et des conseillers régionaux.




**4.6 Résultats**

Noyau dur du partenariat DISC/USAID-Collectivités locales, le programme de planification communautaire a produit des résultats importants qui peuvent être synthétiquement présentés en trois points :

1. d'abord, les acteurs de la santé dans le contexte de la décentralisation de la zone USAID ont été relativement bien formés dans leurs rôles et responsabilités formulés par les textes sur la décentralisation.

2. ensuite, les élus, les responsables des formations sanitaires et les divers acteurs de la communauté ont été formés en matière de planification communautaire ; de ce fait, il existe aujourd'hui, au niveau de chaque district sanitaire, des personnes formées pour assurer de façon permanente la formation, le recyclage ou l'encadrement des acteurs habilités à planifier ; dans le même sens, un effort a été fait sur la sensibilisation des

jeunes et des femmes pour leur implication effective dans les instances de décision que sont les organes délibérants des collectivités locales, les comités de santé ;

3. enfin, l'un des acquis majeurs du modèle de planification communautaire impulsé par DISC est l'existence dans chaque collectivité locale d'un plan annuel guide de référence de l'action sanitaire de la collectivité locale.

### 4.7 Indicateurs

**i. Nombre de femmes ayant participé au processus de planification et budgétisation**

| | | |
|---|---|---|
| Août 2003 à Sept. 2004 | = | 899 soit 33 % des membres des CPS |
| Octobre 2004 à Sept. 2005 | = | 1318 soit 31 % des membres des CPS |
| Sept. 2005 à Mars 2006 | = | 674 soit 29 % des membres des CPS |

**ii. Nombre de collectivités locales ayant un plan opérationnel avec budget (le projet couvre 149 collectivités locales )**

| | | |
|---|---|---|
| POCL 2004 | = | 149 collectivités locales |
| POCL 2005 | = | 149 collectivités locales |
| POCL 2006 | = | 140 collectivités locales |

**iii. Nombre d'individus formés en planification communautaire et budgétisation**

Chaque collectivité locale dispose d'un Comité de Planification et de Suivi en Santé (CPS). La composition de chaque CPS est de 25 membres : 25 membres x 149 collectivités locales = 3 725 personnes
Pour les doublons, dans les vingt deux (22) districts du projet, ils sont au nombre de quatre (4) pour chaque district (4 santé et 4 non santé pour les 4 doublons) ; ce qui fait au total 8x22 = 176 personnes ressources formées.

Nombre total de personnes formées = 3 725

### 4.8 Leçons apprises et perspectives

Le parti pris de changement de paradigme opéré dans le système de planification sanitaire du Sénégal était une aventure risquée du fait de la précocité de son expérimentation, juste quelques années après l'avènement des textes de la décentralisation qui n'étaient pas toujours bien compris par les acteurs. En outre, il y a la forte prégnance dans le milieu de la santé de la tradition ayant toujours mis en avant les techniciens de la santé dans les exercices de planification. Bien que risquée *a priori*, l'aventure a été finalement couronnée de succès. Cette réussite, on la doit au fait que d'une part, le projet a simplement attiré l'attention des acteurs sur l'application de textes méconnus ou oubliés, et que d'autre part, l'expérience de la mise en œuvre de la planification communautaire a révélé que le terrain a nourri des demandes qui ont entraîné la nécessité de l'ajustement continu des interventions prévues dans le cadre de cet axe d'intervention. A titre illustratif, cette méthode de l'adaptation permanente de l'approche a entraîné le glissement de l'organisation des ateliers de formation du niveau district vers le niveau collectivité locale. D'ailleurs, l'organisation, au cours de l'année 2005, de séances de re-planification a permis de mettre en œuvre une stratégie impliquant fortement les Médecins-chefs de Région et les directeurs des agences Régionales de développement.

C'est encore ce souci d'ajustement des interventions aux réalités qui a poussé le projet à substituer très tôt la stratégie du *faire faire* à la stratégie du *faire direct* par le projet.

Au demeurant, l'un des enseignements les plus novateurs qu'il y a lieu de retenir de l'expérience de planification inaugurée par le partenariat DISC-Collectivités locales sera certainement la pratique du montage financier communautaire, lequel a permis de fédérer et de mobiliser des ressources locales de nature et d'origine diverses en faveur du financement des plans communautaires.

Il est remarquable de constater que le procédé de formation de formateurs a permis aux doublons des districts de Darou-Mousty et de Kaolack d'appuyer les CPS à élaborer leurs plans 2005 sans l'assistance technique du projet DISC. Dans cette perspective prometteuse pour la pérennisation, dans la totalité des vingt deux ( 22) districts, les doublons ontappuyé, pour l'année 2006, les CPS à élaborer les plans d'opération des collectivités locales.

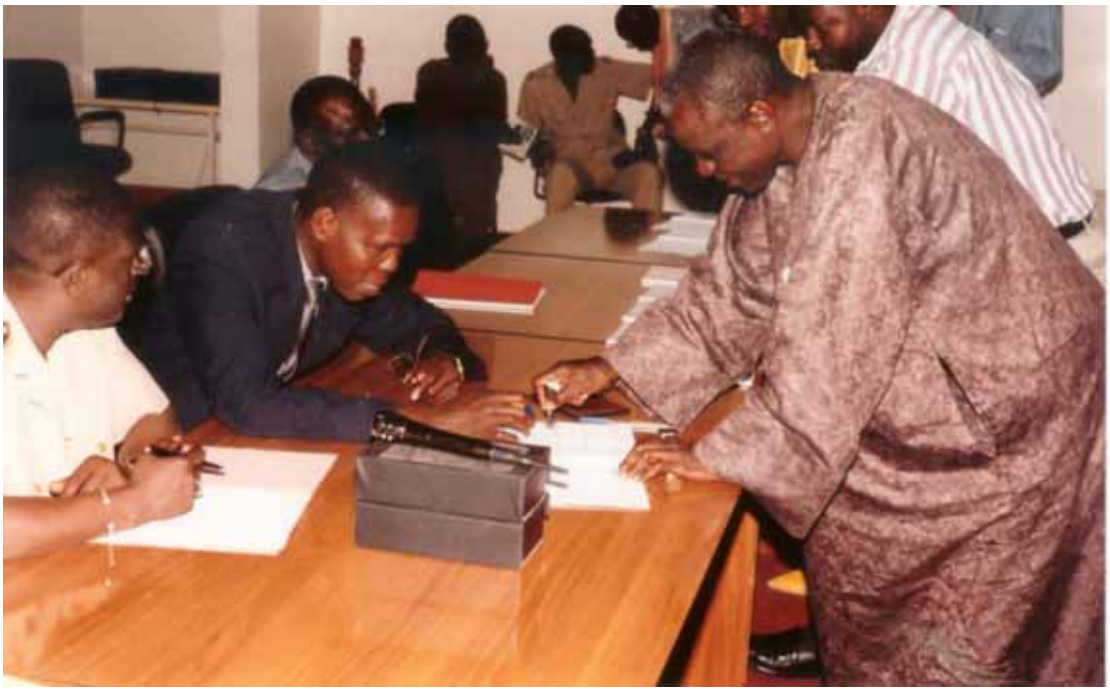
Au résultat, l'approche de planification communautaire initiée par l'agence d'exécution de l'USAID est incontestablement couronnée d'un succès éclatant et fait partie de ce qui est le plus attractif du projet. Salué par l'ensemble des acteurs et adopté par le Ministère de la santé, le système de planification communautaire mis en œuvre a connu des insuffisances que l'honnêteté intellectuelle condamne à mettre en évidence :

i. l'absence des maires et présidents de conseil rural dans les séances de planification ;
ii. l'insuffisante implication des médecins-chefs de district et des médecins-chefs de régions dans certaines localités;
iii. la persistance de la forte influence des techniciens de la santé sur le contenu des plans ;
iv. la présence dans les plans d'activités planifiées et budgétisées mais non financées surtout lorsque les dépenses afférentes sont imputables aux budgets des collectivités locales ;
v. la non tenue des réunions des CPS ;
vi. la fréquence des réaménagements des plans, le débordement sur l'autre année du cycle annuel d'exécution des plans.

Au demeurant, une des insuffisances pernicieuses dores et déjà identifiée est l'arrêt de la planification dans certaines collectivités locales dans lesquelles l'intervention du projet a pris fin.

A la lumière de ces enseignements, il va sans dire qu'une continuité et une généralisation du modèle de planification communautaire expérimenté par le partenariat DISC-Collectivités locales de la zone USAID s'impose si l'on veut faire de la formule « santé pour tous et par tous » une réalité au Sénégal. A cet égard, les projets qui s'inscrivent ultérieurement dans le même registre et le Ministère de la santé trouvent là un outil intéressant, mais perfectible pour rendre performant le système de santé. C'est la condition de la pérennisation de l'habitude de planification communautaire dont la graine a été ainsi semée par le projet DISC.

**SIGNATURE DES ACCORDS DE FINANCEMENT DANS LA REGION DE THIES**



**SESSION DE PLANIFICATION COMMUNAUTAIRE DE LA COMMUNE DE KHOMBOLE**

## V. Cofinancement

Le cofinancement ou « matching » est l'axe d'intervention immédiatement complémentaire de la planification parce qu'il a pour finalité d'assurer l'exécution des activités contenues dans les plans d'opérations des collectivités locales (POCL). Son contexte d'intervention est le même que celui de la planification même s'il revêt une dimension spécifique que sa justification et ses objectifs mettent en relief. La description du schéma de co-financement permet d'appréhender un autre facteur de succès du projet DISC dont on peut tirer des enseignements en vue de son amélioration.

### 5.1 Contexte

Le mode d'intervention qui sous-tend la conception et la mise en œuvre du schéma de financement USAID-Collectivités Locales est fondé sur la nécessité d'adapter l'intervention de l'agence américaine de coopération au nouvel environnement institutionnel mis en place par les réformes de décentralisation de 1996. En effet, bien que n'étant pas une réforme sanitaire conçue et mise en œuvre par le Ministère chargé de la santé, les réformes de décentralisation ont initié une des réformes organisationnelles les plus profondes des services de santé du Sénégal.

Les transferts de compétences consécutifs à la décentralisation sont accompagnés d'un transfert de ressources aux CL à travers le fonds de dotation de la décentralisation (FDD) pour compenser, en partie, les charges induites par lesdits transferts. En plus du transfert de ressources par l'Etat aux CL à travers le FDD, il est prévu d'autres mécanismes de compensation visant l'augmentation des ressources des collectivités locales qui sont encore en cours de conception ou d'expérimentation.

Au cours des deux premières années (1997-1998) de mise en œuvre des réformes de la décentralisation, la combinaison des interprétations divergentes des textes avec la faiblesse des capacités des collectivités locales s'est traduite par des insuffisances majeures dans le financement public et la gestion des services locaux de santé. Parmi ces insuffisances, il faut noter : une persistante confusion des rôles et des responsabilités, une faible implication des maires et présidents de conseil rural dans la gestion des services de santé, des détournements des ressources de la santé vers d'autres secteurs, la faiblesse des ressources locales affectées aux services locaux de santé et des retards dans la mise en place des fonds de dotation.

Avec de telles insuffisances et dysfonctionnements, les services de santé ont pu fonctionner grâce aux ressources des comités de santé. Cette situation difficile est susceptible d'induire une détérioration de la qualité des services de santé et une diminution de l'accessibilité des services de santé, pour les plus pauvres en particulier.

Les réformes de la décentralisation et leurs implications sur le financement public des services locaux de santé interviennent dans un environnement où le secteur de la santé est en train de mettre en œuvre le plan de développement sanitaire (PNDS), élaboré sur la base des plans de développement des districts sanitaires (PDDS) et des plans régionaux de développement sanitaire (PRDS). Le Ministère de la Santé est en train de mettre en œuvre un important programme d'investissement sectoriel, dont la construction et la rénovation de centres et postes de santé dans les collectivités locales. A l'évidence, les coûts récurrents de ces investissements ne pourraient être supportés, entre autres solutions d'appoint de l'Etat central, que par une augmentation de l'effort financier des collectivités locales vers la santé.

### 5.2 Justification

Pour répondre aux insuffisances du financement public et améliorer les efforts des collectivités locales à participer au financement de la santé, le schéma de financement est utilisé comme un instrument pour stimuler l'augmentation des ressources publiques destinées à supporter le fonctionnement des services locaux de santé. Autrement dit, la stratégie générale qui sous-tend le schéma de financement est le renforcement des mesures législatives et réglementaires qui fondent les réformes de décentralisation, par la mise en place de mesures d'incitation financière et le renforcement des capacités locales pour une plus grande implication des collectivités locales dans le financement et la gestion des services locaux de santé et la coordination des interventions dans le cadre du district sanitaire.

### 5.3 Objectifs

Outre les objectifs qu'il partage avec les autres axes d'intervention, l'objectif spécifique du co-financement est d'accroître les ressources destinées à la santé et de développer des stratégies alternatives de financement local de la santé.

### 5.4 Description du schéma de co-financement

Le schéma de co-financement est une variante d'un système de « matching » à travers lequel l'appui financier de l'USAID est proportionnel aux ressources affectées à la santé par les collectivités locales. La base du système est constituée des ressources publiques affectées à la santé. Il s'agit d'une part, des ressources du niveau central affectées à la santé à travers le Fonds de Dotation de la Décentralisation et d'autre part, des ressources allouées à la santé sur la base des ressources fiscales propres de la collectivité locale.

En d'autres termes, le système du cofinancement est conçu pour servir d'incitation pour une augmentation des ressources publiques internes affectées pour financer le secteur de la santé. Pour être davantage compris, le schéma doit faire l'objet de description.
La description du schéma de co-financement consiste en la relation de la longue et intéressante évolution d'un partenariat financier entre l'USAID et les collectivités locales à travers les séquences historiques de la phase expérimentale de PHR, de DISC I et de DISC II.

#### 5.4.1 Phase d'expérimentation du schéma de co-financement entre 1999 et 2000

Le schéma de financement expérimenté dans les districts de Kaolack, Guinguinéo et les cinq (5) districts de la région de Louga entre l'année 1999 et l'année 2000 s'articule au cadre institutionnel de transfert aux collectivités locales des compétences dans les domaines de la planification et de la santé. Se préoccupant de renforcer les systèmes de support de l'unité opérationnelle du système de santé qu'est le district sanitaire, il s'est appuyé sur les ressources propres des collectivités locales et les fonds de dotation de la décentralisation.

#### 5.4.1.1 Cofinancement des ressources propres des collectivités locales

Le système de co-financement des ressources allouées à la santé par les collectivités locales sur la base de ses ressources propres sanctionne les propres efforts de la collectivité locale à prendre en charge la santé dans son ressort territorial, tout en reconnaissant que les collectivités locales n'ont pas les mêmes capacités financières pour investir dans la santé. A cet effet, le taux de co-financement varie selon la capacité financière de la collectivité locale mesurée par le niveau de son budget. A cet effet, des classes de budgets ont été définies et un ratio de co-financement a été affecté à chaque classe. En outre, pour tenir compte des capacités financières des communes et des communautés rurales et par souci d'équité, les ratios les plus élevés ont été affectés aux classes de budget les plus faibles.

Durant la période d'expérimentation du schéma, le cofinancement est fait sur la base du montant global de la contribution de la collectivité locale.

#### 5.4.1.2 Cofinancement des Fonds de Dotation de la décentralisation

Le système de cofinancement du Fonds de Dotation de la Décentralisation est basé sur le montant global du Fonds de Dotation de la Décentralisation destiné à la santé. C'est l'affectation aux services de santé de la totalité du fonds de dotation de la décentralisation affectée à la santé qui génère le co-financement. Si la commune qui abrite le centre de santé de référence récipiendaire du fonds de dotation n'alloue qu'une partie des fonds au district, cette action ne génère pas un transfert de fonds (cofinancement) de la part de DISC/USAID. Ce n'est que lorsque l'intégralité du montant du fonds de dotation de la décentralisation-santé est transmise aux services de santé que le district sanitaire bénéficie d'un transfert des fonds de cofinancement du projet DISC équivalant à 20% du fonds de dotation de la décentralisation.

En d'autres termes, le système de cofinancement du Fonds de Dotation de la Décentralisation sanctionne positivement le respect des principes de l'utilisation des ressources du fonds de dotation de la décentralisation-santé décidés par l'arrêté interministériel de répartition desdits fonds.

### 5.4.3 Application du schéma de cofinancement en 2001 et 2002

Le projet DISC avait initialement prévu d'étendre la mise en œuvre du schéma de financement dans 29 districts sanitaires couvrant ainsi les districts des régions de Louga, Fatick, Kaolack, Thiès et Ziguinchor et les districts sanitaires de Rufisque, Mbao et Guédiawaye de la région de Dakar. En définitive, ce sont vingt deux (22) districts situés dans les régions de Kaolack, Thiès et Louga, le district de Guinguinéo dans la région de Fatick et les quatre communes des districts sanitaires de la région de Ziguinchor qui ont été couverts par le schéma de cofinancement. A cet égard, le principe a été maintenu de conserver la dualité du co-financement : celui des ressources propres des collectivités locales et celui des fonds de dotation.

#### 5.4.3.1 Cofinancement des ressources propres des collectivités locales

Les mesures d'adaptation concernent le plafonnement des ressources propres de la collectivité locale affectées à la santé éligibles pour le co-financement de l'USAID et l'évolution du taux de co-financement d'une année à une autre parmi les collectivités locales couvertes par le schéma de co-financement durant la durée du cycle de l'exécution du projet.

D'abord, en ce qui concerne le plafond sur les fonds des collectivités locales éligibles pour le co-financement, les fonds publics qui sont éligibles pour une contrepartie de l'USAID sont sujets à un plafonnement à 10% des budgets totaux des collectivités locales.

Ensuite, l'une des raisons du taux initial élevé du co-financement pour des budgets faibles des collectivités locales dans la phase pilote était de mobiliser des fonds pour les rénovations au niveau des infrastructures de santé et pour l'acquisition d'équipement complémentaire, afin de contribuer à la restauration de la fonctionnalité des structures sanitaires. Ces besoins de rénovation étant satisfaits dès les premières années de l'appui de l'USAID, les autres raisons d'étendre la période durant laquelle les motivations financières sous le schéma de co-financement sont de chercher à affecter le comportement des collectivités locales. Ce qui fait qu'en cours d'exécution, le ratio de la contribution de l'USAID a été réduit d'une année à une autre pour préparer le retrait progressif du soutien financier aux collectivités locales.

#### 5.4.3.2 Cofinancement des fonds de dotation de la décentralisation

Le bonus de 20% du montant correspondant aux Fonds de dotation destinés à la santé fut initialement accordé au district sanitaire dont la commune abritant le centre de santé de référence avait libéré la totalité, soit 100% des fonds de dotation alloués à la santé. Dès l'année 2003, ce bonus est calculé au prorata des crédits mobilisés pour satisfaire les besoins exprimés par le district. Il s'agit de primer les communes qui ont fait un effort de mise à disposition des ressources, au prorata des montants des fonds de dotation de la décentralisation mobilisés pour le compte du district sanitaire.

### 5.4.4 Adoption d'une nouvelle pratique de co-financement à partir de 2003

Le souci de rendre le matching plus attrayant a justifié les réajustements apportés par rapport au matching sur fonds propres des collectivités locales et sur fonds de dotation de la décentralisation pour s'adapter aux changements intervenus dans l'environnement du projet.

#### 5.4.4.1 Cofinancement des fonds des collectivités locales

Pour le matching sur fonds propres des collectivités locales, la nouvelle grille applicable à partir de la planification des Plans d'Opérations 2003 se fonde sur une révision du plafond « matchable » et une reconduction du principe de dégressivité.

En résumé, la nouvelle grille est basée sur :

i. un plafonnement porté au 1/5 de la limite supérieure de classe de budget des collectivités locales ayant un budget inférieur à cinquante (50) millions de francs CFA, soit 89% des collectivités couvertes par le projet ;

ii. un plafonnement maintenu au 1/10 pour les collectivités dont le budget est supérieur ou égal à cinquante (50) millions de francs CFA, soit 11% des collectivités couvertes par le projet ;
iii. une révision des taux de matching pour certaines classes de budget, de sorte à rendre l'appui de DISC conséquent au regard de l'influence que le projet doit avoir sur le mode de gouvernance des collectivités territoriales à moyens apparemment importants en valeur absolue.

Cette révision de taux a également pour objectif d'inciter à une mobilisation plus conséquente de ressources locales par les collectivités, à un niveau facilitant la résorption de leur déficit d'offre de services de santé maternelle et infantile de qualité.

#### 5.4.4.2 Cofinancement des fonds de dotation de la décentralisation (FDD)

Dans cette séquence, les principes qui gouvernement le système de co-financement du Fonds de Dotation de la Décentralisation n'ont pas connu de changement. Il s'agit toujours de verser une prime aux communes qui respectent l'affectation des fonds de dotation de la santé.

### 5.5 Renforcement des capacités des acteurs

Diverses activités de renforcement des capacités des acteurs ont été couvertes par les fonds du matching du fonds de dotation.

#### 5.5.1 Formation des conseillers municipaux et des conseillers régionaux

Dans le cadre du renforcement des capacités des élus locaux, des formations ont été organisées sur les thèmes suivants :

i. l'organisation, le fonctionnement et les compétences de la région ;
ii. l'organisation, le fonctionnement et les compétences de la commune ;
iii. Les procédures budgétaires des collectivités locales.

Les bénéficiaires de ces formations sont, pour les régions, les conseillers régionaux des régions de Louga, Fatick, Kaolack et Ziguinchor et, pour les communes, les conseillers municipaux des communes de Louga, Kébémer, Thiès, Guinguinéo, Ziguinchor, Bignona, Oussouye et Thionck Essyl.

#### 5.5.2 Formation des présidents de conseil rural et des assistants communautaires

Des ateliers de formation ont été organisés à l'intention des Présidents de Conseil rural et des assistants communautaires sur les thèmes suivants :

i. Les associations de Relais Polyvalents (ARPV).
ii. Les comités de Gestion.
iii. La planification.
iv. La recherche de financement (Funds raising).
v. Le budget de la communauté rurale : élaboration et exécution du budget et élaboration du compte administratif.

### 5.5.3 Ateliers de mise à niveau sur les procédures de gestion des fonds de co-financement

Pour les districts sanitaires ultérieurement bénéficiaires du projet, des ateliers de mise à niveau sur les procédures de gestion des fonds de co-financement ont été organisés aussitôt après la signature des accords de financement. Ces procédures sont contenues dans un manuel élaboré par le Projet DISC et approuvé par l'USAID. Cette mise à niveau a ciblé les élus locaux, les techniciens de la santé, l'agence régionale de développement, les services du Trésor Public et les représentants de l'Etat.

Au cours de ces ateliers, un accent particulier a été mis sur la non-éligibilité au financement de l'USAID de certaines activités et sur les procédures de passation des marchés (sélection des fournisseurs et prestataires de service). L'harmonisation de la compréhension et l'appropriation de ces procédures par les partenaires participent à la transparence dans la gestion des fonds mobilisés pour l'exécution des Plans d'Opérations des collectivités locales.

## 5.6 Résultats

Les résultats peuvent être systématisés ainsi qu'il suit.

### 5.6.1 Evolution de la couverture des districts sanitaires

La couverture des districts et des collectivités locales a été effectuée de façon évolutive. Au total, ce sont 22 districts sanitaires et 149 collectivités locales qui ont été couverts. L'évolution de cette couverture par POCL est présentée dans le tableau suivant :

| **Designation** | **POCL** | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | **2001** | **2002** | **2003** | **2004** | **2005** |
| **Nombre de :** | | | | | |
| 1. Districts sanitaires | 8 | 15 | 15 | 4 | 19 |
| 2. Collectivités locales (communes et communautés rurales) | 75 | 110 | 110 | 4 | 121 |
| communes | 10 | 20 | 20 | 4 | 18 |
| communauté rurales | 65 | 90 | 90 | 0 | 103 |

L'évolution cumulée de la couverture des districts sanitaires et des collectivités locales se présente ainsi :

| **Designation** | **Année** | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | **2001** | **2002** | **2003** | **2004** | **2005** |
| **Nombre de :** | | | | | |
| 1. Districts sanitaires | 8 | 15 | 15 | 19 | 22 |
| 2. Collectivités locales (communes et communautés rurales) | 75 | 110 | 110 | 114 | 149 |
| communes | 10 | 20 | 20 | 24 | 27 |
| communauté rurales | 65 | 90 | 90 | 90 | 122 |

### 5.6.2 Résultats financiers

La situation des ressources financières mobilisées par les collectivités locales et par DISC, tous districts confondus, est présentée ci-après :

| POCL<br>Désignation | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | Total |
|---|---|---|---|---|---|---|
| FCL* | 113 766 000 | 202 197 913 | 283 459 861 | 45 000 000 | 154 367 813 | 798 791 587 |
| MFCL** | 273 805 000 | 359 884 220 | 772 780 024 | 65 000 000 | 75 399 691 | 1 546 868 935 |
| MFDD*** | 84 377 238 | 192 074 378 | 153 027 396 | 21 719 065 | 92 407 680 | 543 605 757 |
| **Total** | **471 948 238** | **754 156 511** | **1 209 267 281** | **131 719 065** | **322 175 184** | **2 889 266 279** |

* FCL : Fonds Collectivités Locales
** MFCL : Matching Fonds Collectivités Locales
*** MFDD : Matching fonds de Dotation de la Décentralisation

### 5.6.3 Résultats physiques

D'importants investissements ont été faits dans le cadre de l'exécution des Plans d'Opérations des collectivités locales. Entres autres investissements, il faut citer la construction et la réhabilitation des structures sanitaires (Centres de santé, Postes de santé/Maternités rurales et Cases de santé).

Le tableau ci-après donne une indication du nombre par type de structures sanitaires et du coût des travaux de construction ou de réhabilitation des structures sanitaires :

| Désignation | Nombre | Coût |
|---|---|---|
| Réhabilitation/Extension des Centres de santé | 24 | 164 802 214 |
| Réhabilitation/Extension des Postes de santé et des Maternités rurales | 138 | 462 602 |
| Construction des cases de santé | 277 | 505 076 916 |
| Réhabilitation/Extension des cases de santé | 162 | 140 449 656 |
| **Total** | | **810 791 388** |

A ces activités de construction, il faut ajouter un important volet d'équipements des structures sanitaires dont les résultats sont présentés dans le tableau suivant :

| Désignation | Nombre | Coût |
|---|---|---|
| Equipement des Centres de santé | 21 | 259 334 916 |
| Equipement des Postes de santé et des Maternités rurales | 182 | 272 018 788 |
| Equipement des cases de santé | 481 | 151 483 439 |
| **Total** | | **682 837 143** |

### 5.6.4 Résultats liés à la formation

Enfin, il y a lieu de noter la formation et/ou le recyclage de **587** Matrones/agents de santé communautaire (ASC) pour un coût global de **45.588.811** Francs CFA.

### 5.7 Leçons apprises et perspectives

Au regard des résultats obtenus, il est indéniable que le co-financement matching a permis une nette amélioration du volume des ressources financières mises au profit de la santé et une participation effective des populations au financement de la santé à travers les montages financiers communautaires.

De même, l'implication des élus locaux et de la «société civile» dans l'identification des problèmes de santé, l'élaboration et l'exécution des Plans d'Opérations, constitue une autre source de motivation de la collectivité pour fournir des efforts financiers plus conséquents dans la prise en charge de la santé.

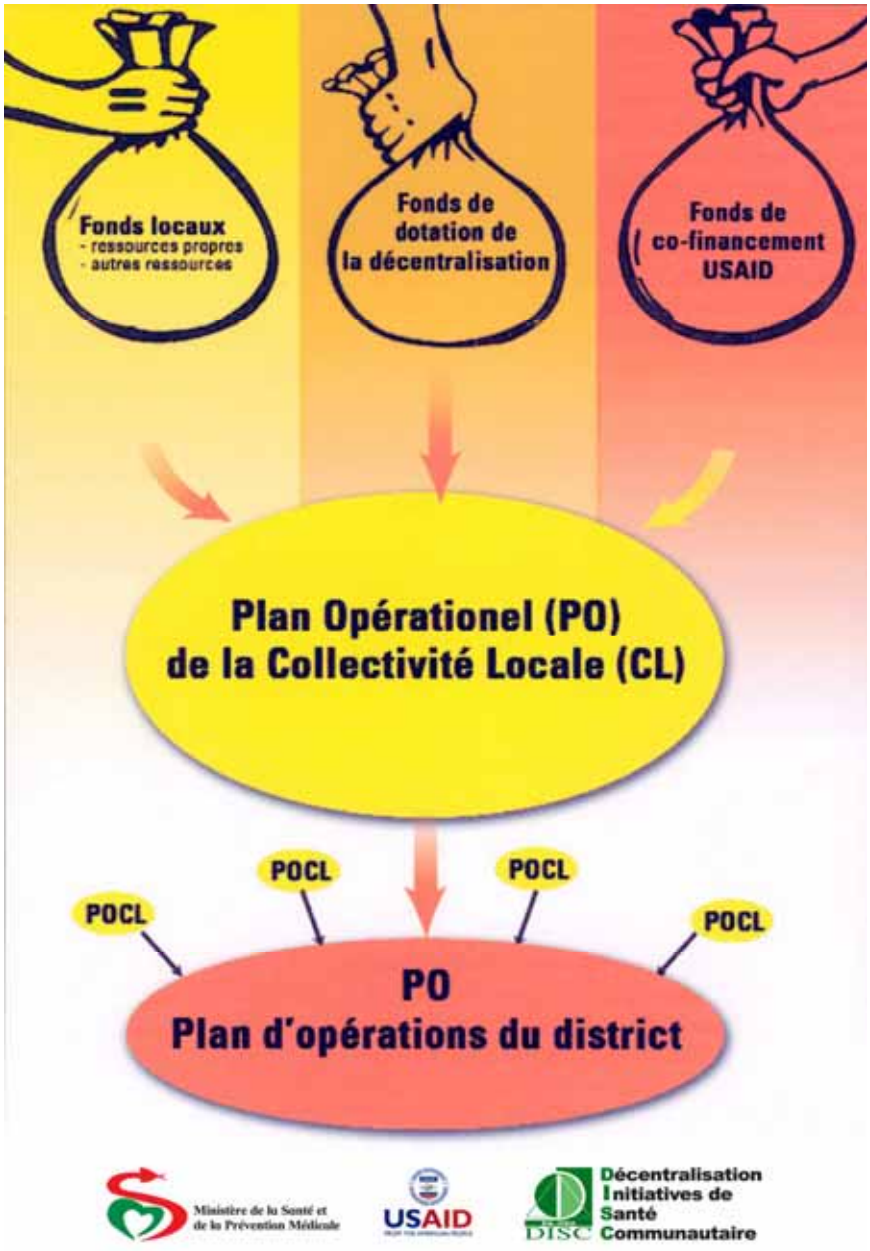
Plus fondamentalement, le caractère concret et utile des investissements réalisés grâce à l'utilisation transparente des ressources a amené la communauté à s'investir davantage dans la santé.

Cependant, les résultats du cofinancement, souvent loués par l'ensemble des acteurs, notamment les élus locaux, ne devraient pas occulter un certain nombre d'appréhensions légitimes qui posent le problème de la pérennité des résultats du co-financement. Le système de co-financement a montré le caractère faible des ressources financières des collectivités locales, notamment dans le cas des communautés rurales où elles sont limitées, pour l'essentiel, à la taxe rurale. En dépit des réalisations d'envergure, nombreuses ont été les collectivités locales, parfois celles censées être parmi les plus nanties, à n'avoir pas respecté leurs engagements, compromettant ainsi les possibilités pour leurs populations et pour les services locaux de santé de bénéficier des opportunités du co-financement. De même, après les montages financiers communautaires, des difficultés à mobiliser les parts de financement imputables aux budgets des collectivités locales se sont souvent manifestées.

Plus pernicieusement, il a été constaté dans certaines collectivités locales desquelles le projet s'est normalement retiré, l'arrêt immédiat des contributions financières qui étaient apportées par celles-ci à la santé. Autrement dit, l'effet voulu qui était de pérenniser chez la collectivité locale le réflexe de contribuer au financement de la santé n'a pas été systématiquement atteint, car la disparition de l'incitation financière a entraîné parfois la disparition de la contribution.

Dans un contexte où les dépenses de santé ne sont pas obligatoires au sens où l'entend la réglementation financière et comptable, une question ne peut manquer d'être posée : que deviendra le réflexe des collectivités locales de contribuer au financement de la santé en l'absence de « matching »? La réponse peut être empreinte d'optimisme au regard des innombrables ressources dont le Sénégal va bénéficier au titre de la coopération, de l'option pour l'appui budgétaire mais aussi de l'engagement conjoint du Ministère de la santé et de l'USAID de promouvoir un plaidoyer argumenté au niveau du Ministère de l'économie et des finances pour canaliser, à partir du niveau central, des ressources financières considérables vers la périphérie.

**SCHEMA DE MONTAGE FINANCIER COMMUNAUTAIRE**



## VI. Comités de gestion

Délaissé puis repris avec vivacité dans le projet DISC, l'axe d'intervention comités de gestion doit sa mise en branle au contexte général de la décentralisation et aux demandes insistantes du Ministère de la santé de rendre fonctionnels lesdits comités. Les objectifs du programme connus depuis l'aube du projet ont guidé le processus de sa mise en œuvre qui a produit des résultats et des indicateurs certes différents de ceux qu'on attendait, mais dont il faut tirer les leçons et envisager des perspectives.

### 6.1 Contexte

Le secteur de la santé a été le théâtre d'une série de réformes visant à orienter le contenu des services de santé vers la promotion et la prévention, la mise en œuvre des soins de santé primaires renforcée, l'instauration des districts sanitaires, l'application de l'Initiative de Bamako et le renforcement du processus décisionnel à la base. Série de réformes qui n'ont cependant pas permis de résoudre le problème récurrent de l'accessibilité géographique et financière des populations à la santé ni favorisé l'implication effective des communautés dans la prise en charge des problèmes de santé. Dans cette perspective, pour réussir ce que les réformes entreprises jusque-là n'ont pu réaliser, les réformes de 1996 initient des changements institutionnels importants dans la gestion des affaires locales en général, la gestion des services locaux de santé en particulier.

A cet effet, la région a reçu les compétences suivantes : la gestion et l'entretien des hôpitaux régionaux et départementaux ; la gestion, l'entretien et l'équipement des centres de santé ruraux situés au niveau des communautés rurales, et la mise en œuvre des mesures de prévention et d'hygiène.
La commune a reçu les compétences suivantes : la gestion, l'entretien et l'équipement des centres de santé urbains ; la construction, la gestion, l'entretien et l'équipement des postes de santé urbains.
La communauté rurale a reçu les compétences de construction, de gestion, d'entretien, et d'équipement des postes de santé ruraux, des maternités rurales et des cases de santé.

Plus spécifiquement, le décret 96-1135 du 27 décembre 1996 prévoit une instance collégiale communautaire centrale qui regroupe les principaux acteurs engagés dans la gestion des structures sanitaires. C'est le comité de gestion institué par la réglementation au niveau de chaque structure sanitaire**.**

Ainsi, le comité de gestion de chaque structure sanitaire présidé par l'organe exécutif de la collectivité locale (président de conseil régional, maire, président de conseil rural) comprend un élu désigné par ses pairs, le président et le trésorier du comité de santé de la structure sanitaire et le responsable de la structure sanitaire (le médecin chef de district ou l'infirmier chef de poste). Le comité de gestion délibère sur le projet de budget, les comptes, le fonctionnement, les travaux de réparation et les activités sociales de la structure de santé. Ainsi qu'on le voit, le comité de gestion est un mal nommé : il n'a pas une vocation de gestion mais demeure, en principe, un organe délibérant habilité à prendre des décisions qui doivent faire l'objet d'une exécution dont on doit lui rendre compte.

Dans le dispositif d'amélioration de la gouvernance locale sanitaire postulé par le mouvement décentralisateur de 1996, c'est dans le cadre du comité de gestion que la collectivité locale est dotée d'une autorité pour prendre collégialement avec les représentants du comité de santé et

le responsable de la formation sanitaire les décisions nécessaires au fonctionnement des structures sanitaires. La volonté du législateur était de permettre aux acteurs de se rencontrer, de discuter sur les problèmes de santé. Ainsi, ils pourraient s'accorder sur les meilleures solutions et dégager, chacun selon ses facultés contributives, des ressources qui bénéficient aux services de santé.

### 6.2 Justification

L'effectivité du partage des compétences postulé depuis 1996 entre l'Etat et les collectivités locales dans le domaine de la santé peut être réellement appréciée à travers le fonctionnement des comités de gestion. La tenue effective de réunions des comités de gestion permet à la collectivité locale de prendre les meilleures décisions en intégrant les besoins issus du diagnostic communautaire, le monitoring de la structure et les rapports d'activités de routine des techniciens.

La création des comités de gestion des structures de santé ouvre des opportunités pour renforcer la viabilité institutionnelle des services locaux de santé dans le contexte dynamique de la décentralisation. Toutefois, cette opportunité ouverte pour renforcer la viabilité financière et managériale des services locaux de la santé est loin d'être une réalité dans les différentes collectivités locales. Dans leur quasi totalité, les comités de gestion ne sont pas fonctionnels. Les rares comités mis en place ne se réunissent pas.

Parmi les facteurs qui empêchent l'installation et le fonctionnement normal des comités de gestion, il y a lieu de citer principalement :

i. l'absence de concertation et de coordination entre les acteurs ;
ii. l'insuffisante maîtrise des textes par les élus locaux ;
iii. l'insuffisante connaissance par les acteurs devant faire fonctionner les comités de gestion de leurs rôles et responsabilités respectifs ;
iv. les conflits d'intérêts divergents entre acteurs autour des ressources financières ;
v. l'absence de démocratie et de transparence dans la gestion des fonds ;
vi. la faible propension des collectivités locales à financer la santé ;
vii. l'indisponibilité des élus locaux ;
viii. la résistance d'acteurs comme les comités de santé qui gèrent des ressources financières importantes;
ix. l'absence d'outils de fonctionnement des comités de gestion pouvant aider les acteurs à assumer leurs missions.

Cette situation inquiétante a poussé l'USAID et le Ministère de la santé, mais aussi la plupart des partenaires au développement intervenant dans le secteur de la santé à tirer la sonnette d'alarme et à formuler la recommandation d'œuvrer pour rendre les comités de gestion fonctionnels. A ce propos, l'évaluation du PDIS en 2003 a mis en évidence l'urgence à installer et faire fonctionner les comités de gestion. En outre, dans le cadre de la mise en œuvre des recommandations de la revue annuelle conjointe de 2004, le comité de suivi a chargé la Direction de la Santé de tout mettre en œuvre pour qu'au moins 50% des comités de gestion soient fonctionnels avant le mois de mars 2005.

Ce consensus fort bien exprimé par l'ensemble des acteurs et partenaires de la santé a poussé le projet DISC à s'attaquer frontalement à l'épineuse problématique des comités de gestion. Il

l'a fait en engageant avec l'ensemble des acteurs un travail de réflexion destiné à la conception d'outils de fonctionnement de comités de gestion.

### 6.3 Objectifs

L'érection de la problématique des comités de gestion en axe d'intervention du projet s'inscrit dans le mouvement général de promouvoir un environnement qui supporte mieux la pérennité des services locaux de santé grâce à la levée des obstacles majeurs à la bonne gouvernance. L'axe d'intervention comités de gestion a pour objectifs de :

i. renforcer les capacités institutionnelles des acteurs de la santé dans le contexte de la décentralisation ;
ii. développer des stratégies appropriées en vue d'impulser le fonctionnement des comités de gestion.

Pour atteindre ces objectifs, le projet a initié un partenariat actif avec le Ministère de la santé pour enrayer les facteurs d'ordre comportemental qui empêchent le fonctionnement des comités de gestion. La finalité de ce partenariat est de favoriser :

i. une meilleure connaissance, par les parties prenantes au comité de gestion, de leurs rôles et responsabilités ;
ii. une compréhension unique et un partage par les parties prenantes du mandat qui leur est confié par les textes sur la décentralisation ;
iii. une élaboration d'outils, du processus et des procédures simples pour faire fonctionner les comités de gestion ;
iv. un engagement sur le respect des relations fonctionnelles par les parties prenantes ;
v. une identification en commun des problèmes prioritaires de la santé ;
vi. une politique commune de prévision et de mobilisation des ressources financières ;
vii. une participation de toutes les parties prenantes au processus de prise de décision et de suivi de la mise en œuvre des activités du comité de gestion.

### 6.4 Description du processus de mise en œuvre de l'axe d'intervention comités de gestion

La mise en œuvre du processus de mise en œuvre de l'axe d'intervention comités de gestion peut être schématisée en trois étapes : il y a eu une première étape d'élaboration participative des outils de fonctionnement du comité de gestion par une intense collaboration entre le Ministère de la santé et le projet DISC ; une deuxième étape a été consacrée à la formation des membres des comités de gestion dans les districts sanitaires pilotes ; lors d'une troisième étape, il y a eu l'extension de la formation à l'ensemble des structures sanitaires des collectivités locales partenaires du projet.

#### 6.4.1 Première étape : l'élaboration participative des outils de fonctionnement des comités de gestion

C'est dans le courant de l'année 2003 que fut engagée à l'intérieur du projet une réflexion pour percer le mystère de la non fonctionnalité des comités de gestion à l'échelle du territoire national. La réflexion a mis à contribution cadres du projet, responsables du Ministère de la santé, spécialistes de santé publique, consultants en décentralisation et spécialistes hospitaliers. Elle est arrivée à la conclusion selon laquelle les comités de gestion demeurent

incontestablement les lieux institutionnels de prise en charge concertée des problèmes de santé de chaque poste ou centre de santé. Il faut donc, de l'avis de tous, assurer leur fonctionnalité. L'une des actions privilégiées a été la conception et l'élaboration d'outils de fonctionnement. Ceux-ci facilitent aux acteurs l'exercice de leurs rôles et responsabilités pour la bonne marche desdits comités. C'est dans ce sens qu'a été lancé le processus d'une étude de conception d'outils adaptés aux structures sanitaires que sont les centres et postes de santé.

Au terme d'un parcours méthodologique ayant combiné analyse des textes et concertations avec les autorités des Ministères de la santé et des collectivités locales, les acteurs à la base que sont les techniciens de la santé, les élus locaux et les membres des comités de santé, l'étude a abouti à la production des outils de fonctionnement des comités de gestion.

Ces outils sont :

i. le plan d'actions annuel que le responsable de la formation sanitaire doit, chaque année, préparer et soumettre pour adoption aux membres du comité de gestion.
ii. Le budget annuel de la structure, document comptable qui retrace, à titre prévisionnel, l'ensemble des recettes et dépenses de la structure sanitaire, doit être préparé par le responsable de la formation sanitaire et soumis à la délibération et à l'adoption par le comité de gestion.
iii. Le suivi budgétaire est un outil matérialisé par une fiche qui permet aux membres du comité de gestion de suivre, selon une fréquence trimestrielle, l'exécution du budget. Il doit être le cadre de référence de l'ensemble des opérations financières de la structure sanitaire.
iv. Le bilan technique et financier est un outil matérialisé par une fiche qui permet aux membres du comité de gestion de dresser en fin d'année le bilan du fonctionnement du comité de gestion au double plan des activités et des finances.
v. Le procès verbal de réunion est un formulaire standard proposé aux membres du comité de gestion pour leur faciliter la tâche d'établissement des procès verbaux des réunions.

La fiabilité des outils a été testée dans un échantillon de communes et communautés rurales choisies dans les districts sanitaires de Kaolack, Mbour et Dahra. Le test de l'opérationnalité des outils s'est effectué sous la forme de discussions des outils avec les acteurs et de réunions en grandeur nature animées par les protagonistes que sont les élus, les techniciens et les membres des comités de santé. Le test a suscité l'adhésion et l'engouement des acteurs.

A partir de juin 2004, un travail de relecture et de toilettage des outils a été engagé à la lumière des réactions et observations du terrain. Après, ceux-ci furent intégrés dans un document plus systématique et plus complet appelé guide de fonctionnement des comités de gestion.

Le contenu du guide s'articule autour des quatre parties suivantes : la première partie traite des rôles et responsabilités des acteurs de la santé dans le contexte de la décentralisation ; la deuxième procède à un rappel sur le comité de santé ; la troisième partie s'emploie à mettre en évidence les différences entre le comité de santé et le comité de gestion ; la quatrième partie porte plus spécifiquement sur les outils de fonctionnement du comité de gestion.

Sur la base d'une demande formulée par le maire de la commune de Joal/Fadiouth, les outils de fonctionnement définitifs ont fait l'objet d'un test dans cette commune avec les acteurs membres des comités de gestion du centre de santé et du poste de santé.

### 6.4.2 Deuxième étape : la formation des membres des comités de gestion des districts sanitaires pilotes

Le projet a retenu le principe de mener une action pilote d'appui à la mise en place et au fonctionnement des comités de gestion dans les districts sanitaires de Darou Mousty, Kaolack et Guinguinéo.
La détermination de l'échantillonnage de l'expérience pilote à partir de ces trois circonscriptions du découpage sanitaire du pays est essentiellement motivée par les facteurs suivants. D'abord, ces zones opérationnelles sont dotées de statut administratif qui les rend représentatifs des différents types de districts qu'on retrouve dans le système de santé du Sénégal. Ainsi, le district sanitaire de Darou Mousty, contrairement aux districts sanitaires qui ont leur centre de santé de référence dans des communes (souvent chefs lieu de département), a la particularité d'avoir son centre de santé de référence situé dans une communauté rurale et géré par le conseil régional de Louga. Ce district a ce statut en commun avec quatre autres districts du pays. Le district sanitaire de Kaolack, quant à lui, est un district centre dont la formation sanitaire de référence se trouve dans la commune-chef lieu de région. Il est représentatif, à l'échelle du pays, d'un nombre de onze (11) districts sanitaires de statut identique. Différemment, de statut plus « classique » est le district sanitaire de Guinguinéo dont le centre de santé de référence se situe dans une commune. Ce dernier type de district est le district de principe représentatif de la plupart des unités opérationnelles du découpage sanitaire du pays.

Ensuite, ces entités sanitaires constituent des zones test de l'expérimentation de beaucoup de partenariats engagés par l'USAID du fait de l'adhésion souvent spontanée et pro-active des acteurs y vivant aux initiatives d'amélioration du système de santé. A cet égard, il s'agit de districts engagés dans un partenariat plus ou moins durable avec les projets de l'USAID sur une période relativement importante.

Enfin, au moment du lancement de l'initiative d'appuyer les collectivités locales pour le fonctionnement des comités de gestion, le projet DISC a opté pour l'arrêt du cofinancement dans ces entités sanitaires qui avaient le privilège de faire partie des premiers à en bénéficier.
Il apparaît ainsi que l'échantillonnage par le choix de ces trois districts est assez représentatif de la réalité des problèmes auxquels sont confrontés les systèmes locaux de santé.

Cette approche méthodologique s'imposait pour tirer le maximum de leçons de l'intervention, afin d'en faciliter ultérieurement l'extension et le passage à l'échelle.

Dans ces entités sanitaires, il a été décidé de former les membres des comités de gestion sur la base du guide conçu à cet effet. La formation a consisté à rappeler aux acteurs leurs rôles et responsabilités dans le contexte de la décentralisation. Un focus pédagogique a aussi été fait sur une étude comparative du comité de santé et du comité de gestion afin de permettre aux acteurs de saisir les différences et les interactions entre ces deux instances. Cette clarification vise à faire éviter la confusion parfois entretenue et préjudiciable à la marche des systèmes de santé. Ont été très suivis la déclinaison et l'explication des différents outils de fonctionnement qui permettent aux comités de planifier leurs activités, d'adopter leur budget et de tenir leurs réunions. Au demeurant, le temps fort des ateliers de formation aura été incontestablement le

déroulement d'un jeu de rôles animé par un groupe de cinq (5) acteurs dont un maire ou un président de conseil rural, un autre conseiller municipal ou rural, un président et un trésorier de comité de santé et un médecin ou un infirmier.

### 6.4.3 Troisième étape : l'extension de la formation aux autres districts sanitaires de la zone d'intervention de DISC/USAID

Après avoir procédé à la formation des membres des comités de gestion des districts pilotes susmentionnés et enregistré les réactions et observations des acteurs sur la forme et le fond du guide, le projet a pris le parti de présenter de nouveau le guide pour validation à un atelier national regroupant les acteurs au plus haut niveau.

Ainsi dans la période du 21 au 22 mars 2005, DISC/USAID en collaboration avec le Ministère de la Santé et de la Prévention Médicale, a organisé à Saly, un atelier de réflexion nationale sur les outils de fonctionnement des comités de gestion des structures sanitaires. Cet atelier a regroupé une cinquantaine de participants venus pour la plupart des zones d'intervention de DISC/USAID. Il s'agissait essentiellement des membres des comités de gestion des structures de santé, des médecins-chef de région, des représentants de l'association des maires du Sénégal et de l'association nationale des conseillers ruraux, quelques cadres de la division des soins de santé primaires du MSPM, du représentant de l'USAID, du représentant de l'OMS et du Directeur de la Santé qui représentait le Ministre de la Santé.

Pendant deux jours, ces acteurs ont échangé sur le guide de fonctionnement des comités de gestion, en ont collégialement amélioré le contenu et recommandé :

i. la finalisation du guide de fonctionnement des comités de gestion ;
ii. la formation de tous les membres des comités de gestion à l'échelle nationale ;
iii. la démultiplication et la vulgarisation du guide de fonctionnement des comités de gestion.

Cet atelier de validation du guide a été une occasion saisie par le Ministère de la santé pour formuler expressément une demande de l'extension du programme de renforcement des capacités des comités de gestion à l'ensemble des districts d'intervention de l'USAID. Ce fut aussi l'occasion de s'entendre sur l'initiation d'une circulaire interministérielle envoyée aux représentants de l'Etat et aux élus locaux. Ladite circulaire a pour objet l'installation, l'organisation et fonctionnement des comités de gestion des centres et postes de santé, circulaire à laquelle est annexé un arrêté type portant organisation et fonctionnement d'un comité de gestion.

Répondant à l'appel du Ministère de la santé d'étendre la formation, le projet s'est appuyé sur la stratégie du *faire faire* pour organiser des ateliers de formation de formateurs. Les participants ont été, pour l'essentiel, les membres des équipes cadre de district et des équipes cadre de région. Ces derniers ont à leur tour procédé à la formation des membres des comités de gestion. Dans le cadre des communautés rurales, les assistants communautaires ont participé aux formations.

L'ensemble des ateliers a fait l'objet d'une co-supervision par des agents du Ministère de la santé et des membres de l'équipe du projet DISC. Dans la même foulée, il convient de faire remarquer que les membres des comités de gestion de Cagnout, Balinghor, Diouloulou et

Escale/Ziguinchor ont été spécifiquement formés dans le cadre de l'accréditation initiée par le projet Prémoma-USAID de MSH dans la région de Ziguinchor.

Répondant à l'appel du Ministère de la santé de vulgariser les outils de fonctionnement des comités de gestion, le projet DISC a financé la reproduction de mille (1000) guides largement distribués auprès des membres des comités de gestion des structures sanitaires, des associations faîtières d'élus locaux et des services centraux du Ministère de la santé et de la prévention médicale.

### 6.5 Renforcement des capacités des acteurs

Pour l'essentiel, l'axe d'intervention comités de gestion s'est focalisé sur le renforcement des capacités des membres des comités de gestion. Ainsi qu'on l'a vu plus haut, c'est par cascade qu'a été formé l'ensemble des membres des comités de gestion des structures sanitaires des cent quarante neuf (149) collectivités locales partenaires du projet. Il s'agit des comités de gestion de trois cent dix huit (318) structures sanitaires sur les trois cent soixante trois (363) recensées.

### 6.6 Résultats

Cet axe d'intervention a produit des résultats considérables. D'abord, en complément des textes sur la décentralisation, il existe désormais un guide de fonctionnement des comités gestion. Ce guide a fait l'objet d'une validation consensuelle par l'ensemble des acteurs locaux et nationaux de la santé (Ministère de la santé, Ministère chargé de la décentralisation, collectivités locales et comités de santé). Il est disponible pour tous les acteurs.

Ensuite, le partenariat DISC-Ministère de la santé-Ministère des collectivités locales a permis l'élaboration d'une circulaire interministérielle adressée aux représentants de l'Etat, aux présidents de conseil régional, aux maires et aux présidents de conseil rural pour prendre toutes mesures nécessaires au fonctionnement des comités de gestion.

Un autre résultat de ce partenariat est la signature d'arrêtés de qualité juridique portant organisation et fonctionnement des comités de gestion standard proposés à toutes les collectivités locales. Cela a facilité l'installation des comités de gestion dans les cent quarante neuf (149) collectivités locales de vingt deux (22) districts sanitaires partenaires du projet.

Enfin, les membres des comités de gestion des structures sanitaires des collectivités locales appuyés par l'USAID ont été formés sur les modules destinés au fonctionnement desdits comités.

### 6.7 Indicateurs

Au total, soixante (60) ateliers de formation des membres des comités de gestion ont été organisés. Ces formations ont permis de renforcer les capacités de mille quatre cent soixante onze (1471) acteurs directement engagés dans la gestion des centres et postes de santé. Au-delà des formations, les acteurs semblent conscients de l'intérêt du fonctionnement effectif des comités. Nonobstant ces acquis, il faut constater, sur ce point, que l'évolution sur le terrain n'est guère satisfaisante.

La réalité constatable est que rares sont les comités de gestion qui fonctionnent effectivement. Au surplus, ceux qui fonctionnent par la tenue de réunions ne prennent souvent pas la précaution de consigner leurs résolutions sur un procès verbal écrit et porté à la connaissance de la communauté. Il est vrai que l'habitude de rédiger des procès verbaux s'implante forcément lentement dans un environnement sociologique dominé par la culture de l'oralité.

### 6.8 Leçons apprises et perspectives

Une appréciation objective de la mise en œuvre de cet axe d'intervention révèle un contraste : les efforts intellectuels et matériels fournis dans le cadre d'un partenariat intense DISC-Collectivités locales-Ministère de la santé-Ministère des collectivités locales ont permis le renforcement des capacités des acteurs mais n'ont pas produit le résultat escompté, à savoir la fonctionnalité des comités de gestion. Autrement dit, en dépit de la forte sensibilisation des acteurs sur l'intérêt du comité de gestion dans le dispositif d'amélioration de la gouvernance locale sanitaire, malgré le renforcement des capacités des acteurs dans ce domaine et les injonctions des Ministères de la santé et de la décentralisation à travers une circulaire interministérielle, la réalité constatable sur le terrain est hautement problématique : globalement, les comités de gestion des structures sanitaires ne fonctionnement pas.
A l'évidence, les responsabilités de cette léthargie sont partagées. Ni les élus locaux faisant en général montre d'indisponibilité, ni les membres des comités de santé encore réticents à tout partage de leur pouvoir de gestion des ressources de la participation communautaire, ni les techniciens de la santé fortement attachés à leurs privilèges ne prennent l'initiative d'impulser vraiment le fonctionnement des comités de gestion.

Cette situation regrettable pour la pleine effectivité de la décentralisation dans le domaine de la santé montre que la problématique de la fonctionnalité des comités reste entière. Cela relance la nécessité d'une réflexion que doivent engager sur ce sujet le ministère de la santé et les nouvelles agences d'exécution de l'USAID chargées d'appuyer les institutions de la décentralisation favorisant la bonne gouvernance locale sanitaire.

## VII. Associations de relais polyvalents (ARPV)

La décentralisation est l'environnement de prédilection de la santé communautaire. Ce n'est donc pas un hasard si une expérience de contractualisation communautaire portant sur la prestation de services de santé communautaires intervient dans un contexte remettant les collectivités locales au cœur de l'organisation et du fonctionnement des systèmes de santé locaux. L'axe de la contractualisation communautaire avec les ARPV émerge dans cette ambiance de volonté politique de conjugaison de la décentralisation et de la santé communautaire. S'étant fixé des objectifs clairs arrêtés, de façon consensuelle, entre les agences d'exécution de l'USAID, le programme ARPV est une des premières du genre en Afrique au sud du sahara. Il a produit des résultats intéressants dont il faut tirer des enseignements susceptibles de favoriser sa pérennité.

### 7.1 Contexte

Dans le cadre de l'exécution des activités de l'objectif stratégique santé, les différentes agences d'exécution de l'USAID ont senti la nécessité de se concerter et de coordonner leurs actions pour assurer une meilleure efficacité de leurs interventions sur le terrain.

Cette dynamique de coordination s'est manifestée sur le terrain par la mise en place et le renforcement des capacités opérationnelles des équipes communautaires de santé devenues comités de planification et de suivi en santé (CPS) et par l'expérimentation d'un modèle de contractualisation communautaire entre les collectivités locales et les relais communautaires organisés en associations dénommées associations des relais polyvalents (ARPV).

La philosophie qui sous-tend ce modèle expérimental tire ses fondements de la volonté politique exprimée visant à placer les communautés au devant de l'action et à en faire des moteurs de développement des actions qui leurs sont destinées, ceci depuis l'identification des problèmes, la mise en œuvre des stratégies, jusqu'au suivi et à l'évaluation des activités.

Dans le domaine sanitaire, plusieurs programmes de santé ont été conçus et exécutés par des techniciens de la santé au niveau de l'unité opérationnelle la plus périphérique du système de santé qu'est le district sanitaire. En pratique, la continuation des activités des techniciens de la santé auprès des communautés a été assurée par les relais. Cependant, l'exécution des programmes sanitaires au niveau communautaire par les relais n'est pas sans poser des problèmes. En effet, si au départ, l'idée de transfert de connaissances et compétences aux personnes issues de la communauté était noble en soi, il s'est avéré que l'abondance et la diversité des programmes sanitaires, les critères de choix des relais, les systèmes de motivation mis en place et variant d'un partenaire à un autre ont pu tendre à professionnaliser les relais, à les dévier de leur mission originelle. Ce qui a considérablement contribué à fausser l'esprit ayant présidé à l'initiative d'instaurer des relais.

Prenant conscience de cette réalité et convaincues que le bénévolat a atteint ses limites, les différentes agences d'exécution de l'USAID se sont attelées à remédier à cette situation. A cette fin, ils ont opté pour un modèle d'intervention basé sur l'intégration et le partenariat. Cette nouvelle option induit la nécessité d'un choix judicieux des relais basé sur la compétence (polyvalence) et la mise en place de mécanismes assortis d'une motivation conséquente.
La finalité de ce changement dans la démarche demeure l'utilisation accrue et durable des services de santé dans le contexte de la décentralisation.

Ayant la particularité d'être un axe d'intervention qui débordait de la sphère de compétence du projet parce que fédérant des activités de l'ensemble des agences d'exécution de l'USAID, l'axe d'intervention ARPV se justifie aisément dans un contexte de décentralisation et d'impulsion de la santé communautaire.

### 7.2 Justification

La contractualisation est aujourd'hui conçue et perçue comme étant un des éléments faisant partie des reformes du système de santé. C'est une doctrine qui considère que l'Etat et les partenaires qui appuient le secteur de la santé doivent de plus en plus faire exécuter les programmes de santé par des acteurs à la base. Cependant, force est de reconnaître aujourd'hui que, malgré l'existence d'une abondante doctrine et d'expériences embryonnaires sur la contractualisation, il est difficile de repérer de vraies expériences de contractualisation, notamment dans le domaine de la santé communautaire. C'est dans cette voie de la contractualisation communautaire que les agences d'exécution de l'objectif stratégique santé de l'USAID se sont engagées pour optimaliser leurs interventions à base communautaire.

Cette option pour la mise en œuvre de la contractualisation communautaire dans cent dix (110) collectivités locales partenaires de l'USAID se justifie pour des raisons différentes mais complémentaires.

La particularité de l'Objectif Stratégique III de l'USAID est d'être exécuté par plusieurs agences d'exécution (CAs), chacune avec des activités de promotion sanitaire dans des domaines techniques spécifiques. A cet égard, la contractualisation communautaire est une opportunité pour les différentes agences d'exécution de se concerter, de coordonner, d'harmoniser et de rationaliser leurs actions pour assurer une meilleure efficacité et efficience des interventions sur le terrain. Ce qui nécessite un processus d'approche intégrée des activités de la promotion de la santé des agences d'exécution. Lequel se traduit par l'exécution desdites activités par voie de contractualisation entre les collectivités locales et les ARPV. Cela suppose un système de choix judicieux des relais privilégiant le renforcement de leurs capacités dans le sens de la polyvalence, leur organisation statutaire en association et la revalorisation de leur engagement communautaire par une motivation. Toutes innovations qui devraient garantir des résultats visant une utilisation accrue et durable des services de santé.

### 7.3 Objectifs

Les objectifs de l'axe d'intervention ARPV s'inscrivent dans le cadre de l'objectif général de projet qui est de promouvoir un environnement qui supporte mieux la pérennité des services locaux de la santé. En substance, l'objectif spécifique du programme ARPV est d'étendre, par la contractualisation communautaire, les activités promotionnelles de la santé à toute la communauté.

### 7.4 Description de la mise en œuvre de la contractualisation communautaire

Le processus peut être schématisé en phase préparatoire et en phase de mise en œuvre proprement dite de la contractualisation communautaire.

### 7.4.1 Phase préparatoire

La phase préparatoire de la mise en œuvre de l'expérience des ARPV a consisté en la coordination par le projet DISC d'une mission inter CA de deux années de recherche, d'échanges et de dialogue aux niveaux national, régionalet communautaire en passant par le district.

Pendant cette période, la mission a pu élaborer, pour mettre en œuvre la contractualisation communautaire, d'une part, un cadre conceptuel et un document d'orientation et d'autre part, un cadre juridique et institutionnel. Le projet DISC a aussi pu conduire un processus d'information, de mise à niveau et de validation des principes de la contractualisation communautaire.

#### 7.4.1.1 Cadre juridique et institutionnel

La première préoccupation légitime de la contractualisation communautaire était d'identifier les entités juridiques pertinentes devant entrer en relation contractuelle. L'analyse de l'environnement institutionnel de la décentralisation et les réalités de la santé communautaire ont amené les agences d'exécution de l'USAID et le Ministère de la santé à porter leur choix sur les collectivités locales et les associations de relais polyvalents. Par voie de conséquence, les parties au contrat ayant pour objet la prestation des services de santé communautaire ont été la Collectivité Locale et l'Association de Relais Polyvalents (ARPV). Les doutes qui étaient permis sur le choix de ces entités sont levés par les raisons suivantes.

1. D'une part, la collectivité locale a été choisie comme partie contractante parce qu'elle est, par excellence, le premier acteur représentatif des populations détenteur de la légitimité qui l'habilite à agir au nom et pour le compte des populations établies sur son territoire. Par ailleurs, la collectivité locale, ayant reçu des compétences dans le domaine de la santé, demeure la porte d'entrée obligatoire de toute coopération sur son ressort territorial.

2. D'autre part, l'ARPV a été choisie comme partie contractante parce qu'elle constitue un collectif de relais déjà dépositaires d'expériences dans le domaine de la santé communautaire. En outre, réceptacle de la capitalisation de l'investissement historique du ministère et de ses partenaires, l'APRV a été renforcée dans le sens de la polyvalence par des formations appropriées et érigée en association dotée de la personnalité juridique. Elle peut donc valablement s'engager dans une relation contractuelle.

La seconde préoccupation du cadre juridique a été d'élaborer les instruments juridiques de la contractualisation communautaire : doter les ARPV de statuts et règlement intérieur. Ceci a facilité la mise en branle de la procédure de leur reconnaissance juridique par la délivrance de récépissé. Par la suite, il a été question d'élaborer le contrat standard qui devait lier dans chaque collectivité locale cette dernière et l'ARPV.

#### 7.4.1.2 Cadre conceptuel

Le cadre conceptuel s'est soucié de donner un contenu technique à la contractualisation par la définition exhaustive de termes de référence pour les ARPV et la détermination consensuelle du profil des relais et des ARPV.

#### 7.4.1.2.1 Termes de référence des ARPV

Le principal mandat des ARPV est de contractualiser avec la collectivité locale l'exécution d'activités IEC en vue d'un changement de comportement des individus et de la communauté. Les termes de référence de ce mandat se déclinent ainsi qu'il suit :

i. assurer en accord avec les TS la mise en œuvre des activités promotionnelles de santé ;
ii. faire une répartition spatiale correcte des activités en veillant à bien quadriller le territoire de la CL ;
iii. remettre un rapport d'exécution trimestriel à la CL (commission santé) pour validation, approbation et payement.

Il convient de faire remarquer que ces activités constituent un paquet minimum et n'excluent pas que les techniciens de la santé confient, en vertu du principe du volontariat, aux relais d'autres taches comme cela a été constaté avec le choléra. Par ailleurs, l'exécution du paquet d'activités mobilise le relais à temps partiel (entre 4 et 5 jours par mois) et n'interdit en rien leur engagement à travailler pour d'autres partenaires.

#### 7.4.1.2.2 Profil des Relais Communautaires individuels

Le relais communautaire doit, pour satisfaire aux critères:

i. être un homme ou femme résidant dans la CL ;
ii. être accepté ou choisi par la communauté et le technicien de la santé ;
iii. être instruit ou alphabétisé ;
iv. être déjà formé dans au moins un domaine technique ;
v. avoir une expérience en matière de promotion de la santé ;
vi. avoir de l'expérience en matière de mobilisation communautaire ;
vii. appartenir à une OCB structurée et reconnue ;
viii. être volontaire, dynamique et disponible.

#### 7.4.1.2.3 Profil de l'ARPV en tant qu'Association

Pour avoir le profil recommandé, l'ARPV doit :

i. être reconnue par la CL et avoir une base légale ;
ii. avoir son siège au sein de la CL ;
iii. avoir ses membres résidant au sein de la CL (répartition géographique) ;
iv. être composée d'environ vingt cinq 25 membres disponibles et mobilisables.

Il y a lieu de signaler que le principe demeure une (1) ARPV par collectivité locale, sauf dans les grandes communes que sont : la commune de Thiès qui en compte six (6), la commune de Kaolack cinq (5), la commune de Mbour quatre (4) et la commune de Louga deux (2).

#### 7.4.1.2.4 Processus de validation des principes de la contractualisation communautaire

Pour faciliter la mise en œuvre de la contractualisation communautaire, les agences d'exécution de l'USAID ont initié les actions suivantes :

i. présentation et validation de l'approche aux autorités de l'USAID, à la direction de la santé publique et au cabinet du Ministre de la santé publique ;
ii. tenue de réunions d'information des partenaires de la santé, des élus locaux et des relais communautaires au niveau régional, au niveau district et au nivau communautés rurales ;
iii. choix concerté des relais et tenues d'assemblées générales constitutives des associations de relais polyvalents ;
iv. validation au niveau local des listes des relais communautaires par les élus locaux et les techniciens de la santé ;
v. institutionnalisation des ARPV (dépôt de documents en vue de la reconnaissance juridique) ;
v. élaboration d'un guide pédagogique de formation des relais communautaires
vi. identification et formation des formateurs des relais ;
vii. formation des relais en gestion, en bonne gouvernance et sur les domaines techniques en rapport avec l'exécution des activités de la santé de la reproduction ;
viii. supervision des formations ;
ix. tenue d'ateliers explicatifs du contenu des contrats communautaires au niveau des régions et districts.

### 7.4.2 Seconde phase : la mise en œuvre de la contractualisation communautaire

Dans le courant de l'année 2004, la succession de deux années de recherche, d'échanges et de dialogue entre le niveau national, le niveau régional, le niveau district et le niveau communautaire a abouti à la mise en place juridique et opérationnelle des ARPV.
Les conditions étaient alors réunies pour les maires et présidents de conseil rural de cent dix (110) collectivités locales appuyées par l'USAID de signer avec cent vingt trois (123) Présidents d'ARPV, pour la période de Juillet 2004 à Septembre 2005, une convention de subvention visant l'exécution d'activités promotionnelles et de prévention. Cette première convention fut suivie d'une convention couvrant la période de janvier à juin 2006.

Lors de l'exécution de ces contrats communautaires, les prestations des ARPV ont fait l'objet d'un suivi rigoureux multidimensionnel dans le cadre d'un schéma financier assez flexible.

#### 7.4.2.1 Suivi des ARPV

Les prestations des ARPV ont été l'objet de suivis contractuel, technique et communautaire.

##### i. Suivi contractuel

Le suivi de l'exécution de la convention est dévolu à la collectivité locale qui statue sur la base du rapport d'activités trimestrielles de l'ARPV qu'elle vise après signature du technicien de la santé. Le rapport est ensuite transmis au niveau du district pour payement.

#### ii. Le suivi technique

En amont, le technicien de la santé détermine avec l'ARPV, dans le cadre d'un plan d'actions, les modalités d'exécution des activités contractuelles. En aval, le technicien de la santé intègre les activités de l'ARPV dans ses activités de supervision.

#### iii. Suivi communautaire

L'organe exécutif (Maire/PCR) convoque une réunion avec les parties prenantes en fin de semestre pour apprécier les travaux et aborder, le cas échéant, les écarts entre les objectifs et les réalisations de la convention.

#### 7.4.2.2 Schéma financier de la contractualisation

Pour chaque district d'intervention, un compte en banque spécifique au financement des activités des ARPVs a été ouvert et géré par l'administrateur comptable du projet DISC.

Les décaissements en faveur des ARPVs ont été opérés par chèques préparés par les administrateurs comptables. Le montant des payements est calculé par trimestre en fonction du contrat liant l'ARPV à la collectivité locale. Le décaissement s'est fait sur base de la remise par l'ARPV à l'administrateur comptable de son rapport d'activités trimestrielles visé par l'organe exécutif de la collectivité locale (maire ou président de conseil rural).

Il a été de la responsabilité de l'ARPV de préparer le rapport, de le faire viser par la collectivité locale et de le déposer auprès de l'administrateur comptable. Dès validation du rapport par le chargé de la promotion de la santé communautaire au bureau de DISC à Dakar, l'administrateur comptable entame la procédure de payement. Après payement de l'ARPV, l'administrateur comptable transmet au bureau central de DISC à Dakar l'original du rapport et le reçu du payement

### 7.5 Renforcement des capacités des acteurs

Un renforcement des capacités des relais a été effectif durant tout ce processus. A cet égard, les relais ont été formés dans les domaines techniques en rapport avec la survie de l'enfant, la planification familiale et la maternité à moindres risques, les MST/SIDA, dans la santé et décentralisation (appui aux structures sanitaires et communautaires et mobilisation des ressources communautaires en faveur de la santé). Ils ont aussi été formés dans les domaines de la communication interpersonnelle et de l'utilisation des supports audiovisuels. Les capacités des relais ont aussi été renforcées en appui organisationnel, en gestion et en bonne gouvernance. L'ensemble de ces formations a été dispensé par un pool de formateurs constitué de techniciens de la santé des niveaux central, intermédiaire et périphérique auxquels sont venus s'ajouter des experts dans les domaines que sont la gestion et la bonne gouvernance.

### 7.6 Résultats

En fin d'exécution des premières conventions de subvention, la qualité de l'exécution de celles-ci a été évaluée du point de vue des élus locaux, des ARPV contractantes, des techniciens de la Santé et de la population cible avec des focus groupes regroupant des hommes, femmes et jeunes. La rétro-information des résultats de l'évaluation et les nouvelles

conventions ont été présentées aux élus locaux, aux présidents d'ARPV et aux techniciens de la santé au cours d'une série de réunions organisées par les quinze (15) districts sanitaires ciblés dans le courant du mois de décembre 2005. Les résultats de cette évaluation globalement positive ont permis de redéfinir le contenu d'une seconde génération de conventions entre les mêmes parties contractantes. Ces conventions de seconde génération proposées à la signature ont couvert le premier semestre de l'année 2006, c'est à dire du 1er janvier au 30 juin 2006. Elles définissent un paquet d'activités promotionnelles (Mobilisation Sociales, Causeries Educatives et VAD) dans les mêmes domaines que les conventions de première génération.

Au total, l'expérience des deux années de contractualisation communautaire a produit les résultats suivants en termes de couverture géographique et d'activités réalisées.

### 7.6.1 Couverture géographique des interventions

La contractualisation communautaire collectivité locale-ARPV a couvert la totalité des cent dix (110) collectivités locales appuyées par l'USAID. Plus concrètement, il s'agit des collectivités locales de la région de Thiès, celles de la région de Louga et celles des districts sanitaires de Kaolack et de Guinguinéo.

En termes de couverture démographique, la contractualisation communautaire a couvert une population de plus de deux millions et demi d'habitants vivant dans cent cinquante sept (157) quartiers urbains des communes et deux mille deux cent quatre vingt quatre 2284 villages des communautés rurales.

### 7.6.2 Activités réalisées

**1ère convention**

| | | |
|---|---|---|
| Rapports d'activités produits | : | 495 |
| Mobilisations sociales | : | 649 |
| Causeries | : | 39277 |
| Visites à domiciles ciblées et non ciblées | : | 357.298 |
| Ressources financières mobilisées | : | 216.564.283 FCFA |

**2e convention**

| | | |
|---|---|---|
| Rapports d'activités produits | : | 239 |
| Mobilisations sociales | : | 349 |
| Causeries | : | 37.811 |
| Visites à domicile ciblées et non ciblées | : | 134.536 |
| Ressources financières mobilisées | : | 144.112.186 FCFA |

### 7.7 Indicateurs

| | | |
|---|---|---|
| Nombre d'ARPV créées | : | 123 |
| Nombre d'ARPV formées | : | 123 |
| Nombre d'ARPV ayant correctement fourni les services contractualisés | : | 119 |
| Nombre de relais formés | : | 3075 |

Taux de déperdition des ARPV par manque de soutien communautaire : 1 ARPV/123 (Notto Gouye Diama)

Taux de déperdition des ARPV du fait de la faible capacité de gestion : 3 ARPV/123 (Ngandiouf, Pire Gourèye, Louga 1)

### 7.8 Leçons apprises et perspectives

L'exécution des activités, objet de la contractualisation, a été suivie tout au long de la période contractuelle par le Projet DISC à travers l'analyse de chacun des 734 rapports séquentiellement produits pendant le déroulement des conventions de première et deuxième génération. Cela a été facilité par le suivi rapproché des administrateurs comptables périphériques du Projet. Dans l'ensemble, l'exécution des activités a été effective et correcte pour cent dix neuf (119) ARPV sur un total de cent vingt trois (123) mises en place. Dans le même sens, les mécanismes d'élaboration, de contrôle, de validation des rapports ont été respectés. Les ressources financières correspondant au montant des contrats ont été décaissées.

Nonobstant, la photographie de l'expérience de la contractualisation communautaire réalisée lors du monitoring a facilité l'analyse de la dynamique associative des ARPV, laquelle analyse a permis d'identifier les acquis et les problèmes rencontrés en vue d'envisager les perspectives dans une optique de pérennisation.

Ainsi, ont été à l'actif de l'axe d'intervention ARPV les acquis suivants :

i. l'utilité publique des ARPVs a été reconnue aussi bien par les élus locaux, les techniciens de la santé (médecins chef de district, ICP, membre des ECD) que les populations bénéficiaires ;
ii. l'institutionnalisation des ARPV a été effective ;
iii. la disponibilité de locaux servant de siège aux ARPV ;
iv. la tenue régulière des instances de coordination ;
v. le partage de l'information et la répartition des tâches entre les différents membres de l'association ;
vi. l'appui de la collectivité aux ARPV (administratif, matériel et logistique) ;
vii. le relèvement des indicateurs sanitaires par les activités des relais;
viii. l'utilisation des relais par les techniciens de la santé dans d'autres activités de santé non couvertes par la convention (épidémie de choléra) ;
ix. l'encadrement effectif des ARPV par les techniciens de la santé ;
x. la gestion par les ARPV de façon responsable et efficace des fonds mis à leur disposition;
xi. l'amorce de politique de motivation au sein des ARPV et l'initiation d'activités génératrices de revenus.

Il y a des problèmes identifiés parmi lesquels peuvent être cités :

i. la dépendance financière remarquée des ARPV par rapport aux ressources du bailleur de fonds ;
ii. l'insuffisance, en l'état actuel des choses, des ressources des collectivités locales en vue d'assurer la durabilité de la contractualisation ;

iii. l'insuffisante connaissance par les relais de certains thèmes techniques ;
iv. les insuffisances remarquées au niveau du suivi communautaire (comité de suivi et de planification non opérationnel au niveau de plusieurs collectivités locales) ;
v. le manque de disponibilité et des difficultés d'utilisation des supports promotionnels

En dépit des contraintes financières auxquelles les collectivités locales sont confrontées, ces dernières ont maintes fois exprimé leur intérêt et leur volonté manifeste de pérenniser l'expérience de contractualisation communautaire.
Avec la perspective de la mise en œuvre de « L'Initiative Médecin Sans Blouse », cette expérience pourrait être capitalisée et constituer l'interface, la courroie de transmission entre les techniciens de la santé (Médecins, ICP) et les communautés. Pour cela et dans l'optique d'une pérennisation, l'Etat et ses partenaires pourraient appuyer les collectivités locales à continuer à promouvoir la prestation de services de santé communautaire par des organisations de base outillées à cet effet.

REMISE DES GUIDES DE FORMATION AUX MEMBRES DES ARPV

## VIII. Communication

Dernier axe d'intervention à faire son apparition dans la mise en œuvre du projet, la communication s'inscrit dans le cadre de l'axe stratégique n°1 de « Bonne Gouvernance » dont la vocation est de clarifier les rôles et responsabilités des acteurs d'un système de santé dans le cadre de la décentralisation et de doter les populations et leurs représentants des capacités idoines pour assumer leur mission. Elle prend le relais de la mission de sensibilisation et de mobilisation des acteurs surtout les femmes et les jeunes initiée depuis 2001. La communication a la particularité d'être un programme transversal en ce qu'elle intéresse tous les aspects du projet. En outre, elle est arrivée au moment opportun pour combler ce qui pouvait être considéré comme une lacune, à savoir l'absence d'une stratégie de communication formelle pour un projet se déployant pendant six ans dans une aire géographique de cent quarante neuf collectivités locales du Sénégal. La stratégie de communication a été élaborée au terme d'un processus participatif regroupant responsables du service national de l'éducation et de l'information pour la santé (SNEIPS), élus locaux, responsables des ARD, éducateurs pour la santé, etc. Les résultats de la stratégie de communication ont été appréciables, à tel point qu'il faut en tirer des leçons les inscrivant dans la durabilité.

### 8.1. Contexte

Le contexte de cet axe d'intervention est globalement le même que celui des autres. Il est un contexte qui s'articule autour de deux éléments fondamentaux : d'une part, les grandes orientations de la politique de santé de l'Etat du Sénégal, et d'autre part, l'émergence du nouvel environnement institutionnel de l'organisation administrative du Sénégal qu'est la décentralisation. Il y a lieu d'ajouter qu'avec l'avènement récent du document de stratégie de réduction de la pauvreté (DSRP), le Ministère de la Santé et de la Prévention Médicale a recadré les programmes de santé au bénéfice des cibles vulnérables par des stratégies novatrices visant :

i. l'amélioration de l'accès des pauvres à des services sociaux de qualité (couverture en postes de santé, relèvement du plateau technique des structures de références, développement du système de référence/contre référence) ;
ii. la promotion de la prévention ;
iii. la communication pour le changement de comportement ;
iv. l'hygiène et l'assainissement ;
v. la vaccination ;
vi. la prophylaxie des maladies endémiques.

Le passage en revue de ces nouvelles stratégies novatrices met en évidence l'exigence expressément formulée par le Ministère de la santé de promouvoir la communication entre acteurs de la santé pour un changement qualitatif de comportement.

L'approche, née du partenariat Ministère de la santé-USAID et mise en œuvre par le projet DISC, a fortement privilégié la communication en initiant essentiellement des activités:

i. de renforcement des capacités par l'explication aux acteurs de la santé (représentants de l'Etat, élus locaux, techniciens de la santé, membres des comités de santé , responsables des groupements de femmes et des associations de jeunes)

des rôles et responsabilités qui leur sont dévolus dans le contexte de la décentralisation ;

ii. d'élaboration, du financement et de l'exécution de plans d'opérations des collectivités locales (POCL) par les parties prenantes ;

iii. de sensibilisation des femmes pour leur présence active dans les instances où se prennent les décisions publiques de même que leur participation au financement des plans et la transmission comportements jugés bons.

### 8.2 Justification

C'est d'une part, l'appel du Ministère de la santé à initier des activités de communication pour un changement qualitatif de comportement des acteurs et d'autre part, les nombreuses activités de communication menées sur le terrain par le Projet DISC, qui ont poussé ce dernier à organiser de façon plus systématique sa stratégie de communication. Celle-ci vise ainsi à capitaliser et à partager son expérience mais aussi à amener les acteurs de la santé à adopter des attitudes et comportements conformes aux principes et aux meilleures pratiques de bonne gouvernance locale sanitaire.

### 8.3 Objectifs

L'objectif principal du programme communication est d'amener les acteurs de la santé à adopter un comportement conforme aux principes formulés par la politique de décentralisation du Sénégal.

### 8.4 Elaboration de la stratégie de communication

Le programme de communication, initié depuis novembre 2003, a identifié lors de deux ateliers réunissant divers participants venant des cinq régions dans lesquelles s'exécute le projet DISC, des comportements clés. Ceux-ci, au nombre de dix huit (18), sont présentés dans le tableau suivant. Ils sont répartis entre les domaines d'intervention du projet que sont la planification, la mise en œuvre des POCL ou co-financement, le comité de gestion et les ARPV.

### 8.4.1 Identification des problèmes à résoudre par la communication

#### 8.4.1.1 Tableau des comportements (problèmes) prioritaires

| | |
|---|---|
| **Planification** | |
| 1. | les critères de choix et du nombre de membres au niveau des CPS ne sont pas respectés |
| 2. | Les acteurs ne comprennent pas l'objet du montage financier communautaire |
| 3. | l'exécutif local ne participe pas au financement de l'opération de planification |
| 4. | L'exécutif local remet en cause les plans élaborés par les CPS |
| 5. | Le Ministère de la santé ne prend pas pleinement le leadership dans le processus de décentralisation de la santé |
| 6. | Le faible niveau d'information des populations sur les activités de planification et sur l'exécution des plans |
| **Cofinancement ou exécution des POCL** | |
| 7. | Tous les exécutifs locaux ne participent pas à la phase de planification des POCL |
| 8. | Les collectivités locales prennent des engagements financiers supérieurs à leur capacité financière |
| 9. | Les POCL ne sont pas largement diffusés à l'échelle de la collectivité |
| 10. | Les CPS ne jouent pas pleinement leurs rôles de suivi et d'animation du POCL |
| 11. | Les services du trésor public sont souvent sources de lenteur dans le virement des contributions des CL |
| 12. | Les élus locaux et les techniciens de la santé apprécient de façon différenciée les textes législatifs et réglementaires |
| **Comités de gestion** | |
| 13. | l'exécutif local a une compréhension personnelle des textes législatifs et réglementaires sur les comités de gestion |
| 14. | Le soutien des acteurs à la mise en place du comité de gestion est faible |
| 15. | Il n'existe pas de structure appropriée au sein du MSPM pour prendre en charge directement les questions de santé et décentralisation |
| **Associations des relais polyvalents (ARPV)** | |
| 16. | Les relais ne sont pas suffisamment motivés |
| 17. | Les choix des relais ne respectent pas les critères retenus |
| 18. | La corrélation entre le travail des relais et l'amélioration de l'état de santé des populations n'est pas clairement établie par la communauté |

#### 8.4.1.2 Traduction des comportements en problèmes prioritaires

Ces comportements on été traduits en cinq (5) problèmes prioritaires qui sont :

i. la faible connaissance des textes législatifs et réglementaires par les acteurs de santé dans le contexte de la décentralisation ;
ii. l'insuffisance de la collaboration entre acteurs à la base ;
iii. la faible implication des acteurs à la base dans la mise en œuvre des activités ;
iv. l'insuffisance des ressources mobilisées pour la santé ;
v. l'insuffisance de coordination des partenaires à la base.

Une analyse méthodique a permis d'identifier les cibles par comportement retenu, les canaux, les acteurs et les interventions possibles par comportement. Les comportements souhaités ont servi de base à l'élaboration des messages et à la conception de supports et matériel éducatif

spécifique à chaque axe du projet. Aussi, les objectifs de communication ont été formulés sur la base des changements souhaités par axe.

#### 8.4.1.2.1 Planification communautaire

En ce qui concerne la planification communautaire, il s'agit d'amener :

i. les collectivités locales à instaurer les comités de planification et de suivi ;
ii. les comités de planification et de suivi à tenir des réunions durant l'année (planification et suivi) ;
iii. les collectivités locales à élaborer leur Plan d'Opérations avec les parties prenantes clés (TS, CPS, comités de santé, OCB, autres partenaires locaux, etc.)
iv. les collectivités locales à budgétiser les POCL en tenant compte de toutes les sources de financement (CL, FDD, CS, OCB, Partenaires)

#### 8.4.1.2.2 Cofinancement ou exécution des POCL

En ce qui concerne l'exécution des POCL, il s'agit d'amener :

i. les parties prenantes clés (CL, CS, OCB, partenaires) à contribuer au financement des Plans d'Opérations ;
ii. les élus à informer les populations sur leurs performances et réalisations.

#### 8.4.1.2.3 Comités de gestion

En ce qui concerne les comités de gestion, il s'agit de :

i. rendre fonctionnels les comités de gestion des centres et postes de santé ;
ii. amener les comités de gestion à tenir des réunions trimestrielles durant l'année ;
iii. informer les acteurs de la santé sur leurs rôles et responsabilités dans le contexte de la décentralisation.

#### 8.4.1.2.4 Associations de relais polyvalents

En ce qui concerne les ARPV, il s'agit de :

i. amener les relais à s'organiser en association de relais polyvalents ;
ii. convaincre les maires et présidents de conseil rural à contractualiser avec les ARPV pour la mise en œuvre de plans d'action annuel de communication ;
iii. faire mener par les ARPV des activités promotionnelles ;
iv. former des relais afin de les rendre capables de mener les activités contractualisées ;

Après l'analyse des problèmes et les objectifs de communication dégagés, la mise en œuvre d'une stratégie de communication dite multimédia s'est avérée nécessaire.

### 8.4.2 Mise en œuvre d'une stratégie de communication multimédia

La mise en œuvre d'une stratégie de communication multimédia va permettre de réaliser assez rapidement les objectifs de communication dégagés et de trouver des solutions aux problèmes

de comportement soulevés, grâce à la combinaison dynamique et efficace de trois domaines généraux d'intervention recensés que voici :

i. l'information (sensibilisation) : elle consiste d'une part, en la production et en la diffusion de plusieurs supports audiovisuels, (le focus étant mis sur la radio par son accessibilité démontrée) et d'autre part, en la conception et la réalisation de plusieurs méthodes ou démarches IEC ;
ii. la formation des acteurs de la santé dans le cadre de la décentralisation (renforcement des capacités des acteurs de la santé, production de supports audiovisuels, etc.) ;
iii. la promotion de la politique de décentralisation de la santé qui met également en jeu la production de supports, de documents, les méthodes IEC et la mobilisation sociale en vue de sa vulgarisation ; elle inclut aussi de fortes plages de sensibilisation.

Ces domaines doivent compléter et renforcer le travail effectué sur le terrain à savoir : les ateliers santé et décentralisation pour les acteurs principaux à tous les niveaux, les programmes des ARPV, les ateliers sur les comités de gestion, les ateliers d'animation et de formation et l'information.

Ces domaines d'intervention sont privilégiés pour agir particulièrement sur des parties prenantes qui ont été retenues comme étant les cibles principales capables de participer à la socialisation des principes et bonnes pratiques de bonne gouvernance locale sanitaire.

Les cibles principales de ces activités sont : les ARPV, les élus locaux, les populations, les femmes, les jeunes, les organisations communautaires de base (OCB).

La stratégie de communication se déroule selon une planification souple sous forme de :

i. CIP : compléter les causeries des ARPV, relance des élus et partenaires par les AC et DISC central ;
ii. formation des animateurs leaders communautaires et relais par groupe de CL au niveau de l'arrondissement ;
iii. formation des communicateurs traditionnels et leaders communautaires ;
iv. production et diffusion de matériel audio visuel ;
v. renforcement des équipements de DISC, SNEIPS ET ARPV ;
vi. contractualisation avec la presse pour : diffusion du feuilleton radiophonique, réalisation de magazines par chaque district, animation d'émissions publiques par chaque district ;
vii. mobilisation sociale par CL pour informer semestriellement les populations sur les réalisations et performances du partenariat DISC- collectivités locales ;
viii. suivi / re-programmation ;
ix. activités de routine (médiatisation et mobilisation sociale).

Ce plan d'action a fait l'objet d'une présentation dans les cinq régions pour une adaptation, validation et appropriation par les équipes de région, sous l'impulsion et la coordination des ARD. Par la suite, ces plans centraux et régionaux ont été validés et budgétisés pour être financés par le fonctionnement et l'appui institutionnel régional.

### 8.5 Renforcement des capacités des acteurs

Pour bien mettre en évidence le feuilleton radiophonique, il était prévu d'en faire le temps fort d'une émission interactive de trente (30) minutes permettant un feed-back de l'épisode à diffuser.

La réalisation des émissions publiques et des magazines nécessitait également un savoir faire particulier afin de mieux les rendre. Un guide de l'animateur et un synopsis de l'émission étaient proposés à cet effet. Dés lors, une formation des animateurs d'antenne s'est avérée nécessaire pour la bonne diffusion du feuilleton et des émissions.

**i. Contenu de la formation :**

Le contenu de la formation s'articule autour des cinq (5) modules suivants :

Module I : quelques notions de décentralisation et santé
Module II : introduction au Projet DISC
Module III: comment réaliser un magazine radiophonique
Module IV : comment se servir du guide de l'animateur
Module V : comment mener l'émission de la campagne : l'émission type

**ii. Profil des participants**

Pour être participant à la formation, il fallait : être animateur dans une des radios identifiées, être EPS de district ou de région, être une personne ressource identifiée comme telle.

**iii. Durée de la formation**

La durée de la session de formation était fixée à : quatre (4) jours

**iv. Contenu du guide de l'animateur**

Le guide comprend : le résumé de l'épisode antécédent, le résumé de l'épisode à diffuser, le but de l'épisode, les messages contenus dans l'épisode à diffuser, les personnages présents dans l'épisode, les informations complémentaires, les questions probables et leurs réponses.
Un calendrier décrivant les activités à mener, les périodes et les acteurs concernés a été discuté avec chaque station lors des ateliers d'élaboration des plans de communication de des régions.

### 8.6 Résultats

Les résultats ont été nombreux et séquentiels. Ils concernent les plans annuels et la production.

#### 8.6.1 Elaboration de plans annuels

L'élaboration de plans annuels s'est faite au niveau central et au niveau des cinq régions d'intervention du projet DISC.

Au niveau central, c'est dans leur rôle d'appui stratégique et technique de l'équipe du SNEIPS que le projet a élaboré un plan central DISC comprenant un volet communication pour la période 2003-2006. Ce plan a été exploité, et chaque année, en a été extrait le plan d'action Communication (PA) qui comprend :

i. l'élaboration d'une stratégie de communication ;
ii. l'élaboration de messages et de supports audiovisuels ;
iii. la production, reproduction et distribution des supports ;
iv. l'orientation des animateurs radio, EPS et personnes ressources en santé et décentralisation ;
v. le renforcement de l'équipement du SNEIPS et de DISC ;
vi. l'appui à l'impulsion, au suivi et à la coordination des activités sur le terrain.

Au niveau des cinq (5) régions, l'élaboration de plans annuels s'est faite ainsi qu'il suit :

i. l'élaboration du Plan communication ;
ii. la contractualisation avec la presse écrite et parlée ;
iii. la contractualisation avec les troupes locales/OCB pour la réalisation de sketches ;
iv. la formation des communicateurs traditionnels ;
v. la formation des relais de la zone d'extension (Kaolack et Ziguinchor) ;
vi. l'exécution d'activités IEC/CCC dans la zone d'extension ;
vii. la dotation des ARPV de radios cassette ;
viii. le suivi/bilan des activités par les ARD et les EPS.

### 8.6.2 Production

Elle a été diverse et variée.

#### 8.6.2.1 Le feuilleton radiophonique

Un feuilleton de quinze épisodes a été réalisé. Au préalable l'histoire générale du feuilleton avait été déclinée suivant des anecdotes rapportées par les participants. Les personnages ont fait l'objet de travaux de sous-groupes. Ainsi ont été dégagés les principaux caractères des personnages du feuilleton (ils seront respectés par les dessinateurs et pris en compte dans la mise en scène de la pièce de théâtre, pour avoir une synergie totale).

Les scripts des épisodes sont présentés en plénière suivant la méthode de la lecture vivante (les membres du sous-groupe interprètent eux-mêmes les personnages mis en scène). Les séances d'enregistrement ont lieu aussitôt après avec les comédiens de Zenith Art et certains participants volontaires.

#### 8.6.2.2 Les spots radiophoniques

Les spots radiophoniques ont été au nombre de cinq dont les sujets sont en rapport avec : l'utilisation des services de l'assistant communautaire par le président de conseil rural, la participation des femmes et des jeunes au financement de la santé, la collaboration avec les techniciens de santé.

#### 8.6.2.3 Les matériels imprimés

Les « matériels imprimés » sont essentiellement trois (3) affiches : une première portant sur la mobilisation sociale pour une sensibilisation sur le recouvrement de la taxe rurale, une deuxième relative à la participation des femmes au financement de la santé et une dernière se focalisant sur les jeunes.

#### 8.6.2.4 La pièce de théâtre

Elle a été montée par la troupe *Zénith Art* suivant l'histoire générale du feuilleton radiophonique et les caractères des personnages dégagés lors de l'atelier.
Cette dramatique a été reprise et réalisée en grandeur nature au village de Tassette avec la participation des villageois, de certains acteurs communautaires locaux, du personnel du village et des comédiens professionnels.

#### 8.6.2.5 La cassette Mémo

Il s'agit d'une cassette audio qui se déroule pendant une cinquantaine de minutes, les différentes phases de la politique de la décentralisation de la prise en charge de la santé (historique, conditions, méthodes, système etc.).

Les textes en français extraits du manuel de formation des relais polyvalents ont été directement traduits et interprétés en wolof par une journaliste de la RTS. La cassette Mémo est fondamentalement destinée aux ARPV et aux autres acteurs de la santé.

#### 8.6.2.6 Les musiques (générique et animation)

Elles ont été réalisées par le duo Pape et Cheikh. Elles ont pour but d'illustrer les spots et le feuilleton radiophoniques, de servir de générique pour les magazines radiophoniques, mais aussi de musique d'animation pendant les causeries des ARPV.

#### 8.6.2.7 Le taalif

Genre poétique wolof très prisé par la société sénégalaise, le taalif a été choisi pour faire partie des matériels IEC de la stratégie de communication de DISC. Un spécialiste Communicateur traditionnel de Louga a pris en main entièrement la rédaction du taalif suivant des indications de la plénière et de l'équipe d'encadrement de l'atelier.

### 8.6.3 Contractualisation avec la presse

La contractualisation de la diffusion des messages s'est faite avec la presse écrite et les radios partenaires.

Avec la presse écrite, elle s'est faite ponctuellement par les administrateurs comptables selon les évènements.

La contractualisation en général a concerné au total 27 radios publiques, privées et communautaires. Les accords portaient sur :

i. la diffusion des 15 épisodes du feuilleton par station ;

ii. la réalisation et la diffusion d'au moins 2 magazines par district ;
iii. la réalisation et la diffusion d'au moins 2 émissions décentralisée par district.

Les thèmes des magazines et émissions publiques portaient sur : la mobilisation des ressources financières, les rôles et responsabilités des acteurs de la santé, la gestion des infrastructures sanitaires, la taxe rurale et exceptionnellement le choléra.

Pour accrocher l'auditoire, la stratégie du jeu concours a été adoptée. Les lots étaient constitués de moustiquaires imprégnées, de bassines lave main, de savon, d'eau de javel, de radios cassette et de cassettes enregistrés du projet.

Pour le suivi chaque station a produit un rapport et enregistré les émissions sur cassette ou CD mis à la disposition du projet.
La région de Thiès a organisé un atelier de suivi de la campagne de diffusion du feuilleton.

### 8.7 Indicateurs

Les indicateurs devraient servir à assurer le suivi et l'évaluation du programme. Ils peuvent s'articuler autour des questions suivantes sur le processus :

la stratégie d'élaboration de la politique de communication est elle pertinente et conforme aux normes ?
La qualité des produits et émissions est elle vraiment bonne ?
Les messages parviennent ils aux cibles.
Ces dernières changent elles de comportement et d'attitudes.
Les comportements des cibles ont-ils ont changé ou sont ils en train de changer ?

A la lumière de ces questions et du fait de son caractère transversal, il y a lieu de retenir, pour l'essentiel, les indicateurs suivants :

i. nombre de plans prévu et élaboré : 8 /8 (3 centraux, 5 régionaux) soit 100% ;
ii. nombre de diffusions du feuilleton prévu et réalisé : 345 / 300 soit 115% ;
iii. nombre de magazines prévus et réalisés : 78/78 ;
iv. nombre d'émissions décentralisées prévues et réalisées : 53/58
v. nombre de formations Animateurs radio et EPS prévues et réalisées : 2/2
vi. nombre de sessions de sensibilisation de femmes prévues et réalisées dans la zone d'extension : 7/7 (4 à Ziguinchor en juillet 2003 et 3 à Nioro, Kaffrine et Koungueul entre juillet et Août 2003) ;

Ces indicateurs cachent des disparités entre régions. La région Thiès se présente comme la championne dans l'exécution de ce programme pour avoir suivi l'ensemble du processus de façon soutenue sous l'impulsion du directeur de l'ARD. Elle est suivie par la région de Ziguinchor qui n'a manqué que les ateliers bilans à mi parcours.

### 8.8 Leçons apprises et perspectives

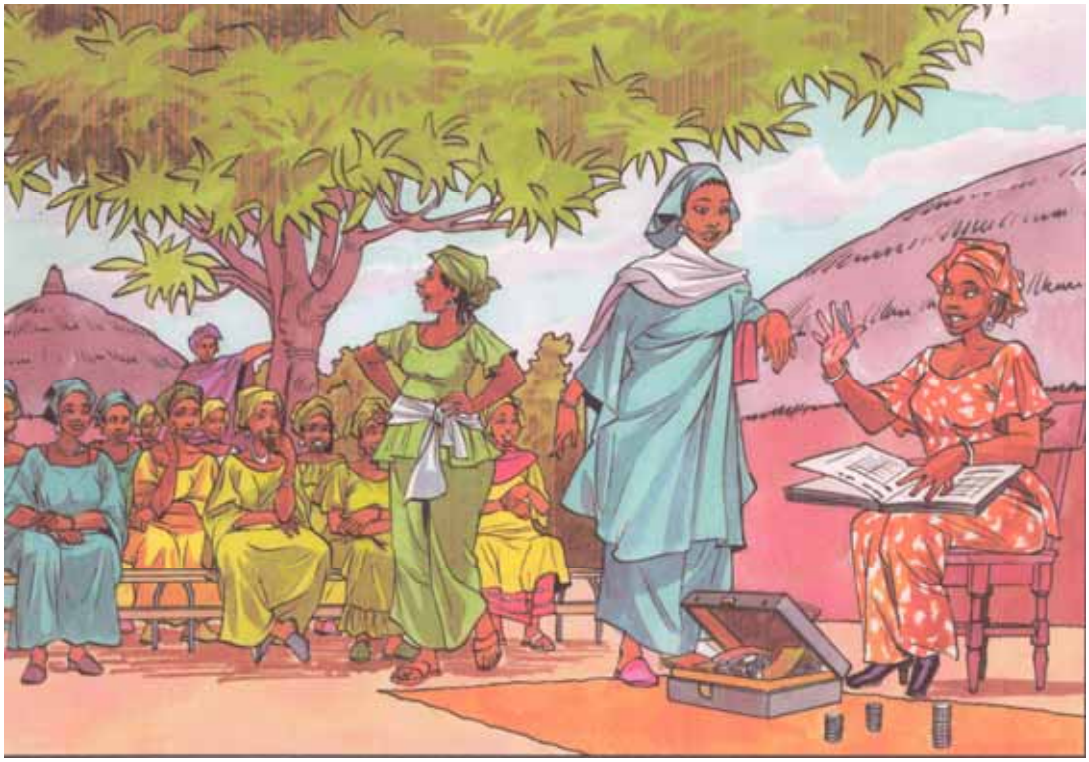
L'expérience a démontré amplement l'importance du rôle de la stratégie de communication dans la mise en œuvre du projet DISC. Bien qu'ayant nécessité des ressources financières considérables pour la conception, la reproduction et la diffusion des supports, le processus d'élaboration et de mise en œuvre de la stratégie de communication a permis d'avoir un

document consensuel, lequel organise la pensée dans un cadre conceptuel, lie les activités et les ressources aux résultats escomptés et a servi de base au programme de communication pour un changement qualitatif de comportement conforme aux principes de la bonne gouvernance locale sanitaire.

Par ailleurs, la responsabilisation et le partenariat avec les ARD et Responsables EPS régionaux, appuyés techniquement par le niveau central, ont permis d'accroître l'efficacité du programme et ainsi jeter les bases de sa pérennité.

Les résultats de l'axe d'intervention communication se sont révélés fort intéressants et l'auraient certainement été davantage s'il avait été originellement érigé en programme. Ce programme est arrivé longtemps après les autres, mais s'est révélé important par son apport à la mise en œuvre du projet.

# MOBILISATION DES RESSOURCES PAR LES GROUPEMENTS DE FEMMES



## IX. Conclusion

Il n'est pas aisé de tirer, en quelques lignes, les enseignements d'un cycle de six années d'intervention d'un projet d'appui à la décentralisation et à la bonne gouvernance dans le domaine de la santé. Il est hasardeux aussi de conclure sur l'expérience d'un processus d'accompagnement de la décentralisation qui est, par excellence, une matière qui ne se prête pas à la conclusion, mais à la continuité. En revanche, il demeure exaltant de dessiner des perspectives générales de l'expérience des interventions d'un projet financé par l'USAID dans un contexte où l'Etat du Sénégal et les Etats d'Unis d'Amérique ont renouvelé leur partenariat pour continuer à appuyer le processus d'instauration des conditions d'une bonne gouvernance locale sanitaire profitable au bien être des populations.

### 9.1 Enseignements majeurs

Les enseignements sont nombreux. Il y a lieu d'en évoquer les principaux.

**Premier enseignement : l'ambition risquée et précoce mais réussie d'appuyer la mise en œuvre de la décentralisation dans le secteur de la santé**

Le projet DISC et son prédécesseur PHR sont très tôt intervenus pour traduire en réalité les options de politiques publiques de l'Etat du Sénégal dans le secteur de la décentralisation de la santé. En effet, dans le courant de l'année 1999, juste deux années après l'entrée en vigueur des textes sur la décentralisation intervenus en 1997, lors même que les textes sur la décentralisation n'avaient pas encore fini d'être écrits, lors même que les textes n'étaient encore ni vulgarisés ni vraiment connus, lors même que les mentalités des acteurs du développement étaient encore fortement marquées par les logiques de l'Etat centralisé, en un mot, alors que le langage de la décentralisation n'était pas encore parlé et compris, l'USAID a « pris le risque » d'appuyer le ministère de la santé et les collectivités locales à prendre de concert en charge les compétences à eux confiés dans le domaine de la santé. A cet égard, l'agence internationale de coopération américaine peut, sans exagération, être qualifiée de pionnier qui a saisi l'opportunité que constitue la décentralisation pour apporter son appui à l'Etat du Sénégal. Le risque était d'autant plus grand que les services du Ministère de la santé étaient désorientés par l'ampleur et l'étendue des compétences sacrifiées à l'autel de la décentralisation et le détournement de la destination des fonds de dotations de la santé. Dans le même temps, les nouvelles interlocutrices des services extérieurs du Ministère de la santé, les collectivités locales, n'étaient pas encore préparées à assumer les nouvelles missions devenues les leurs. En fait, l'USAID a eu confiance en des entités dotées de responsabilités nouvelles avec qui elle s'est engagée dans l'aventure de la décentralisation désormais envisagée comme la voie de sortie de la double crise économique et sociopolitique dans laquelle se trouvent les Etats africains.

**Deuxième enseignement : le renforcement des capacités des acteurs pour concrétiser le changement de paradigme postulé par les textes sur la décentralisation**

Pour réaliser la mission qui lui a été confiée par l'USAID, le projet DISC a fondé son approche sur une lecture approfondie des textes de la décentralisation. Sa démarche a consisté à appuyer le ministère de la santé et les entités infra étatiques à prendre en charge, de façon concertée, les besoins de santé des communautés sur la base du nouveau partage des rôles établi par le droit de la décentralisation. Il a paru donc opportun et utile pour le projet

d'organiser des ateliers de renforcement des capacités des acteurs. Les rôles des différents acteurs, parce que nouveaux et complexes, méritaient d'être expliqués. Le projet s'y est employé à travers de multiples sessions de formation en décentralisation et santé, en planification communautaire, en comités de gestion, en sensibilisation féminine et en santé communautaire. Le contenu des ateliers de formation s'est articulé autour du changement de rôles, et donc de paradigme opéré dans le système de santé du Sénégal. Par la mobilisation de pratiques pédagogiques adaptées à la formation des adultes, il s'est agi d'échanger sur l'étendue des responsabilités déplacées de l'Etat et de ses agents vers les collectivités locales et les élus locaux, avec ce que cela comporte comme bouleversement d'habitudes et d'enjeux bien établis.

L'originalité des ateliers de formation est d'avoir regroupé l'ensembles des acteurs impliqués dans la prise en charge de la santé (élus locaux, représentants de l'Etat, techniciens de la santé, agents du trésor, comités de santé, associations de femmes, associations de jeunes). Se retrouvant ainsi dans le même cadre d'apprentissage des nouveaux rôles, les acteurs parviennent ainsi, à l'issue des formations, à une compréhension commune des textes et des bonnes pratiques. Les ateliers de formation ont été des lieux de rencontre entre des acteurs qui ne se connaissaient pas, des occasions de clarification partagée des rôles et responsabilités, mais aussi des cadres de concertation et de dialogue pour la gestion de problèmes de santé. Au total, ils ont permis, sans nul doute, de renforcer les connaissances des acteurs, d'éviter des conflits entre eux et de les rapprocher.

C'est dire que l'impact des ateliers de renforcement des capacités des acteurs est considérable et multidimensionnel. A titre illustratif, deux exemples pratiques peuvent être cités. Premier exemple : lors des ateliers qui réunissent les associations d'élus locaux et le Ministère de la santé, les élus locaux et autres acteurs de la zone USAID s'illustrent dans leur connaissance des textes sur la décentralisation et dans la qualité des initiatives pratiques de décentralisation et de santé communautaire développées dans leurs collectivités locales. L'expression de ce savoir et ce savoir-faire en matière de transparence et de gouvernance locale sanitaire est si manifeste que le Ministère de la santé et les élus locaux eux-mêmes ont pris l'habitude de scinder théoriquement le pays en deux zones : la zone USAID dans laquelle les acteurs de la santé ont une bonne connaissance de leurs rôles et responsabilités et ont promu des initiatives profitables aux services locaux de santé, et la zone non USAID où les acteurs, parce qu'ils n'ont pas bénéficié des interventions du projet DISC, ont une moins bonne connaissance des rôles attendus d'eux. Néanmoins, même dans cette zone dite USAID, il y a un net décalage entre le niveau de compréhension et de mise en œuvre de la décentralisation dans le secteur de la santé et dans les autres secteurs. A cet égard, nombreux ont été les acteurs à formuler des requêtes auprès du projet DISC pour avoir le même appui fourni dans le domaine de la santé dans les autres secteurs comme celui de l'éducation. Requêtes n'ayant pas pu évidemment avoir de suite favorable.

Le second exemple est tiré du monde des comités de santé des formations sanitaires des collectivités locales appuyées par DISC-USAID où les sessions de sensibilisation féminine ont poussé les femmes à se faire élire aux postes de responsabilités (présidents, trésoriers) jadis majoritairement occupés par les hommes. Il y a peut être lieu d'évoquer une marche organisée par les femmes d'une commune de la région de Louga, marche qui avait pour but de demander au maire plus de diligence dans la mobilisation de fonds versés par les femmes dans le cadre du montage financier communautaire devant servir à la couverture d'activités prévues dans les POCL.

**Troisième enseignement : le partenariat dynamique et participatif DISC-Ministère de la santé-Collectivités locales rend certaines activités du Projet pérennisables**

L'analyse des interventions du projet pendant six années montre un partenariat dynamique, participatif entre le projet DISC, le Ministère de la santé et les collectivités locales. Que ce soit la conception, l'exécution et le suivi des activités, tout est fait en partenariat avec les services centraux du Ministère, les districts sanitaires, les collectivités locales et les organisations communautaires de base. A cet égard, le projet a pris le parti de ne créer aucune structure ad hoc mais d'inscrire son intervention dans les structures de l'Etat et de ses démembrements pour jeter, déjà pendant la durée de son intervention, les prémisses de la pérennisation de ses activités. En outre, en cours d'exécution, le projet est resté à l'écoute permanente de ses partenaires et s'est employé à ajuster ses interventions dans le sens des demandes formulées à partir des besoins du terrain. A cet égard, lors des réunions régionales de restitution des activités du projet, les partenaires ont apprécié et salué le sens de l'écoute du projet, son pragmatisme et sa flexibilité dans le respect des textes législatifs et réglementaires de l'Etat du Sénégal, des procédures de l'USAID et de ses obligations contractuelles.

**Quatrième enseignement : l'adhésion des acteurs à l'expérience de mise en œuvre de la décentralisation dans le domaine de la santé.**

L'adhésion des acteurs du projet aux initiatives de décentralisation et de santé communautaire développées par le projet DISC a été significative. Il n'a été noté presque nulle part sur le terrain de la résistance ou de l'indifférence chez quelque acteur que ce soit. Cette adhésion de tous est certainement un des éléments explicatifs du succès du projet. Mais, l'adhésion a été, sans nul doute, facilitée par les nombreuses réunions d'explication des rôles et responsabilités régulièrement tenues sous des formats divers. Par cette adhésion, il est vrai à des degrés variables, les acteurs semblent avoir définitivement compris que la décentralisation des services de santé constitue une opportunité d'amélioration de la performance des services de santé profitable à tous. Cependant, il y a lieu de faire remarquer que l'adhésion, même totale dans l'ensemble, varie d'intensité selon les acteurs. En effet, l'observation des attitudes comportementales des acteurs montre une adhésion à degrés variables. Ainsi, il est aisé de constater l'adhésion très forte des collectivités locales et de leurs élus à la mise en œuvre du projet. Celle-ci s'illustre aussi bien par la participation quantitative et qualitative des élus aux sessions de formation et de planification communautaire que par le niveau des contributions financières des collectivités locales au schéma de co-financement.

En réalité, la forte adhésion des collectivités locales est motivée essentiellement par des raisons qui s'articulent autour la nature du projet DISC qui a été bien plus qu'un les projet classique. Le projet a eu la chance d'accompagner les collectivités locales dans le domaine de la santé, secteur social consensuel dont un appui ne saurait être contesté. En outre, les projets classiques intervenant pour appuyer la décentralisation sont soit des projets exclusivement orientés vers le renforcement des capacités, soit des projets s'investissant dans la réalisation d'infrastructures. Le projet DISC a eu le mérite d'allier les deux : assistance technique aux collectivités locales et aux districts sanitaires pour assurer une bonne gouvernance des services de santé et réalisation d'infrastructures sanitaires qui constituent un type de dépense budgétaire apprécié par les élus enclins à les exhiber lors des campagnes électorales. A cet égard, les collectivités locales ont compris mieux que quiconque que le projet DISC n'a pas simplement été, dans la réalité de son exécution, un projet de financement de la santé mais bien plus.

En outre, les acteurs que sont les élus, les représentants des organisations communautaires de base et de la société civile se sont illustrés par la qualité de leur adhésion. Ainsi, les comités de santé se sont illustrés par leur participation assidue aux réunions de formation et de planification communautaire, mais aussi au montage financier. Le contenu de celui-ci montre, dans certains cas, une contribution des comités de santé égale ou supérieure à celle des collectivités locale dans le cadre du co-financement. Il en est de même pour les associations de femmes et de jeunes dont les représentants ont disposé, avec l'élaboration des POCL, d'opportunité pour être influents dans les réunions de planification et dans les montages financiers communautaires pour le financement des plans.

Du côté de l'Etat, il y a lieu de distinguer entre le niveau central et le niveau périphérique. Si au niveau central, l'engagement du Ministère de la santé à accompagner le projet DISC n'a pas toujours été, au début de la vie des projets PHR et DISC, à la hauteur de ce qui était attendu, au niveau périphérique, les gouverneurs, préfets et sous-préfets, les services extérieurs de l'Etat comme ceux du Trésor et les agences régionales de développement ont pleinement participé à la réalisation du projet DISC. Ces acteurs ont eu à intervenir parfois comme acteurs de premier plan ou facilitateurs dans certaines situations. Même les techniciens de la santé de la part desquels des résistances farouches pouvaient être attendues, ont joué leur rôle avec une efficacité variable selon les districts sanitaires.

Quant aux services centraux du Ministère de la santé, l'intensité de leur adhésion est allée crescendo au fur et à mesure de l'exécution du projet. Limité au protocole et aux conseils pendant la première phase de l'exécution du projet, la participation du Ministère de la santé a connu une remontée fulgurante lors de la seconde phase de l'exécution du projet. A la faveur des ateliers sur décentralisation et santé auxquels ont pris part des responsables du niveau central, des réunions tenues sur des activités du projet au plus haut niveau du Ministère et d'un changement de cabinet ministériel, l'engagement du Ministère à cheminer avec DISC, pour accompagner les collectivités locales à mieux prendre en charge les compétences dans le domaine de la santé, a été plus nettement affirmé.

**Cinquième enseignement : la création de nouveaux réflexes conformes aux textes de la décentralisation**

L'économie générale des enseignements montre que les interventions du projet ont produit des résultats globalement positifs qui n'en cachent pas moins des insuffisances. Les résultats produits sont de deux ordres : il y a des résultats quantitatifs observables et mesurables à travers les nombreux investissements réalisés par le partenariat DISC/USAID-Collectivités locales. Ces résultats peuvent être évoqués en termes de construction de cases de santé, de réhabilitations de postes et de centres de santé, d'équipement d'infrastructures sanitaires, de formation de matrones et d'appui institutionnels. Ils sont visibles à travers les diapositives projetées lors des journées régionales de restitution de fin de projet.

Au demeurant, il y a les résultats qualitatifs non quantifiables, difficilement mesurables que sont les graines de changement de comportement qualitatif semées par les interventions du projet. Bien que non visibles et non exposés, les acteurs que sont le Ministère de la santé, les représentants de l'Etat, les élus locaux, les agences régionales de développement et les représentants des organisations de la société civile ont salué ces résultats qualitatifs. Ces derniers sont perceptibles à bien des égards. A titre illustratif, la planification communautaire a institutionnalisé, au niveau des collectivités locales, des rendez vous communautaires

annuels d'identification et de résolution des problèmes de santé. Sur ce point, le changement de paradigme opéré par le partenariat DISC-Collectivités locales a été radical, mais respectueux des textes : il ne s'agit plus d'associer ou d'inviter les populations, il s'agit de les outiller à planifier des réponses à leurs problèmes de santé avec l'assistance technique des médecins et infirmiers.

Le changement qualitatif s'observe aussi au niveau du co-financement. Celui-ci s'est révélé être un outil incitatif efficace ayant crée chez les collectivités locales le réflexe de contribuer au financement de la santé. Le cofinancement a bouleversé le schéma classique des sources de financement de la santé pour faire apparaître, à côté des bailleurs de fonds classiques de la santé que sont l'Etat, les comités de santé et les partenaires au développement, les collectivités locales. Même si le cofinancement a connu des limites liées, entre autres, aux ressources limitées des comités de santé et au non respect par les collectivités locales, notamment des grandes communes de leurs engagements, le ministère de la santé et l'USAID devraient envisager la continuité du schéma et son institutionnalisation dans la perspective des réformes des finances publiques du Sénégal.

L'impact qualitatif des interventions du projet est visible aussi en ce qui concerne les ARPV avec l'expérimentation d'une vraie contractualisation communautaire qui responsabilise les collectivités locales et des entités communautaires juridiquement. Cependant, il faut remarquer que les insuffisances notées sur le terrain mettent en évidence les doutes qu'on peut avoir sur les perspectives de pérennisation de l'expérience qui, pourtant, s'est révélée globalement concluante. Sur cette question, les engagements pris par le Ministère de la santé et les collectivités locales pour subventionner les ARPV constituent un secours à la pérennisation.

**Sixième enseignement : la révélation d'insuffisances pouvant servir de tremplin**

Mis à part les insuffisances inhérentes au caractère pionnier de l'expérience de l'appui aux collectivités locales, le projet a été confronté à des facteurs liés à l'environnement général de la décentralisation, facteurs qui ont atténué la qualité de l'impact attendu. A titre illustratif, l'Etat du Sénégal, malgré les proclamations de principe, n'a pas encore initié des actions politiques d'envergure pour faciliter l'exercice des compétences transférées par les collectivités locales. Dans le secteur de la santé par exemple, le ministère a été fort dans la conception (masse de compétences transférés, volume considérable des fonds de dotation de la santé), mais pas dans la mise en œuvre de la décentralisation (leadership, formation, structures d'appui, accompagnement). Dans la même veine, l'Etat ne s'est pas encore vraiment décidé à consentir des ressources humaines et financières importantes aux collectivités locales. Les seuls fonds reçus du niveau central par les collectivités locales dans le domaine de la santé demeurent, pour l'essentiel, le fonds de dotation. Quant aux collectivités locales, la faiblesse de leurs capacités institutionnelles, l'indisponibilité des maires et présidents de conseil rural (surtout les premiers) et l'excessive politisation de la gestion locale font qu'elles n'assument pas toujours, de la meilleure manière, leurs rôles et responsabilités en termes de prise en charge effective des compétences transférées. Il est vrai qu'on peut opiner, à leur décharge, qu'elles n'ont pas été suffisamment préparées et ne sont pas toujours informées du fonctionnement interne des structures sanitaires pour y mettre leurs ressources. En effet, les informations sont déficientes parce qu'il y a encore des techniciens de la santé désorientés du fait du démembrement administratif et financier du district par les textes sur la décentralisation ; ils tardent ainsi à assimiler les changements intervenus au

niveau de leurs rôles, lesquels leur imposent de concilier la logique des soins de santé primaires et la logique de la décentralisation administrative, au fond complémentaires.

D'autres acteurs non préparés à intégrer la décentralisation et les nouveaux rôles dévolus aux collectivités locales sont les comités de santé. Ces associations de participation à l'effort de santé publique institués dans un contexte de désengagement de l'Etat au profit de la société civile et un contexte de décentralisation embryonnaire voire inexistante, continuent à fonctionner comme avant 1996 dans un nouvel environnement où l'Etat reprend l'initiative, marque sa présence stratégique et se réorganise par la technologie institutionnelle de la décentralisation. C'est une lapalissade : l'organisation et le fonctionnement des comités de santé sont en décalage avec la réalité du transfert des compétences de l'Etat aux collectivités locales dans le domaine de la santé. Toutefois, cela s'explique en grande partie par le fait qu'il n'y a pas encore de réforme juridique d'envergure qui les connecte à la décentralisation.

Les insuffisances encore décelables dans les attitudes et comportements des acteurs entraînent l'absence de fonctionnement des cadres de concertation communautaires que sont les comités de gestion des structures sanitaires. La léthargie dans laquelle se trouvent encore les comités de gestion, malgré les ressources qui y ont été consacrées, montrent que le comité de gestion est une instance dont la pertinence demeure problématique et mérite réflexion de la part du Ministère de la santé et des agences d'exécution de l'USAID engagées dans l'appui à la gouvernance locale sanitaire.

**Septième enseignement : les performances sont différentes d'une collectivité locale à une autre**

Malgré des contraintes générales liées à l'état de la décentralisation et les contraintes spécifiques inhérentes à l'approche, des résultats intéressants ont été engendrés par les interventions du projet DISC ainsi que le révèle l'administration d'un questionnaire d'évaluation de la gouvernance locale sanitaire dans les collectivités locales appuyées par l'USAID[4]. Avec une série de questions critiques portant sur la fonctionnalité des comités de gestion, l'existence de ressources affectées à la santé par la collectivité locale, la présence des techniciens de la santé dans les réunions organisées par les élus locaux pour faire du plaidoyer, la fonctionnalité des comités de planification et de suivi, le renouvellement régulier des mandats des comités de santé et l'existence de commissions ou d'élus de la collectivité locale responsabilisés dans le domaine de la santé, les résultats du questionnaire ont révélé des tendances lourdes. Celles-ci permettent d'affirmer qu'au total, l'effort de renforcement de capacités des acteurs de la santé dans le contexte de la décentralisation pris en charge par l'USAID a eu un impact réel : c'est l'amélioration du niveau de savoir et de savoir faire des acteurs engagés dans la gouvernance locale sanitaire. Sans nul doute, l'intervention de l'USAID a créé, chez les collectivités locales appuyées, le réflexe de planification des problèmes de santé et de participation, même si la proportion demeure encore faible et le réflexe de financement de la prise en charge des problèmes de santé. Une éventuelle comparaison avec les collectivités locales non appuyées par l'USAID, sur la base du même questionnaire, permettrait de mesurer vraiment l'impact de l'appui de l'agence américaine pour le développement international dans l'amélioration de la gouvernance locale sanitaire.

Au demeurant, force est de constater que même dans le cadre des collectivités locales appuyées par l'USAID, si la gouvernance locale sanitaire demeure appréciable dans une

[4] V. DISC/USAID, Rapport sur l'état des lieux de la gouvernance locale sanitaire au Sénégal : le cas des collectivités locales appuyées par le projet DISC financé par l'USAID, juillet 2006.

proportion très limitée de collectivités locales, elle demeure passable dans une proportion plus importante de collectivités locales et médiocre dans un nombre malheureusement encore important de collectivités locales. A cet égard, il conviendrait de consolider les acquis du partenariat DISC-Collectivités locales mais aussi d'initier des expériences d'échanges entre collectivités locales et d'apprentissage par les pairs qui permettraient aux champions de conseiller les moins performants. Cette forme d'apprentissage à travers de bons exemples pratiques pourrait montrer aux protagonistes encore hésitants ou réticents que la décentralisation est, en dernière instance, l'opportunité de l'établissement d'un dialogue politique sincère entre les acteurs pour une multiplication et une utilisation rationnelle et transparente des ressources de la santé en vue de l'amélioration des performances des systèmes de santé.

### 9.2 Perspectives de pérennisation

Des résultats appréciables ont été obtenus dans le cadre d'une approche projet arrivée à terme. A ce moment fatidique, la lancinante question à laquelle l'expérience du développement dans les pays africains n'apporte pas toujours de réponse satisfaisante, se pose : qu'en est-il de la pérennisation des acquis du projet ?
Une question redoutable que le Ministère de la santé et le projet DISC n'ont pas redouté de se poser et de poser au cours de l'atelier portant sur « expériences du projet DISC et perspectives de pérennisation » tenu à Saly Mbour du 21 au 24 février 2006.

La problématique centrale de l'atelier était de savoir comment institutionnaliser l'approche du projet DISC d'accompagnement des collectivités locales et des autres acteurs communautaires à mieux prendre en charge la santé. A cet atelier, le ministère avait pris le soin d'inviter surtout les acteurs de la santé des zones dans lesquelles n'intervient pas l'USAID pour leur faire découvrir l'expérience de mise en œuvre de la décentralisation dans le secteur de la santé. La proximité relationnelle DISC-Ministère de la santé a, pour ainsi dire, entraîné une conversion du second par le premier au culte de la décentralisation. Aussi, pour montrer son engagement à promouvoir et accompagner les collectivités locales à prendre correctement en charge les compétences qui leur sont transférées dans le domaine de la santé, le Ministère de la santé a organisé avec l'union des associations d'élus locaux (UAEL), au mois de mars 2006, un séminaire sur « l'appropriation de la politique de décentralisation en matière de santé ».

Organisé dix ans après l'entrée en vigueur des textes sur la décentralisation, ce séminaire est incontestablement venu à son heure. En effet, une décennie d'application des textes de la décentralisation permet de faire une capitalisation suffisamment consistante pour constituer un bilan et permettre de dégager des perspectives. L'atelier s'était fixé comme objectifs de :

i. procéder au rappel et à une mise à niveau sur les textes de la décentralisation ;
ii. échanger sur la gestion concertée du district sanitaire dans le contexte de la décentralisation ;
iii. échanger sur l'expérience DISC « d'opérationnalisation » de la décentralisation dans le secteur de la santé ;
iv. définir un cadre de partenariat entre le MSPM et les élus locaux.

Le séminaire fut riche d'enseignements et a renforcé le partenariat entre élus locaux et Ministère de la santé. Son organisation a davantage incité le département de la santé à aller de l'avant dans l'exécution de la politique de décentralisation dans le domaine de la santé. Aussi,

la recommandation principale de cet atelier fut-elle l'organisation d'un atelier de clarification définitive des rapports entre les comités de santé et les comités de gestion des structures sanitaires, pour une meilleure gouvernance sanitaire. L'atelier fut tenu avec la participation des techniciens de la santé, des élus locaux et des comités de santé. Il a beaucoup contribué à clarifier, au niveau national, les rôles et responsabilités des acteurs locaux dans le domaine de la santé.

Dans la lancée de cette rencontre entre Ministère de la santé et élus locaux au plus haut niveau, fut signée une convention de partenariat entre le Ministère et l'UAEL pour promouvoir la décentralisation dans le domaine de la santé. Dans le même sens, le Ministère a initié des mesures administratives, comme la signature d'une circulaire pour promouvoir le fonctionnement des comités de gestion, la nomination, au niveau du cabinet, de deux conseillers chargés de la décentralisation, l'insertion dans les contrats de performance entre le Ministère et les régions médicales d'une clause relative au fonctionnement des comités de gestion, la décentralisation du budget consolidé d'investissement. On peut multiplier les exemples à loisir pour montrer la nouvelle dynamique d'accompagnement des collectivités locales à prendre en charge la santé dans laquelle s'est engagé avec netteté le Ministère de la santé et de la prévention médicale.

Fort heureusement, cet engagement politique significatif du Ministère de la santé coïncide avec le lancement de la nouvelle stratégie de l'USAID (2006-2011). Celle-ci comporte un ambitieux programme d'appui au ministère de la santé pour le renforcement des institutions de la décentralisation et de promotion de la bonne gouvernance locale sanitaire.

A la lueur de ces événements, est-il encore permis d'avoir des doutes sur la bonne foi et l'engagement du Ministère (et donc de l'Etat) à approfondir, pérenniser et enrichir l'expérience d'accompagnement des collectivités locales initiée par le projet DISC ? Certainement pas.
Lors de la tenue, le 9 août 2006 à Thiès, de la réunion régionale de restitution des résultats du projet DISC, le directeur de cabinet représentant le Ministre de la santé a rappelé les trois axes autour desquels s'articule la politique du Ministère de la santé : l'accessibilité, l'intégration et la décentralisation.
Au détour d'explications sur la manière dont le ministère entend s'y prendre pour promouvoir la décentralisation, le Directeur de cabinet, saluant les résultats du projet, a tenu à dire que l'approche mise en œuvre par DISC/USAID pour accompagner les collectivités locales à assumer les responsabilités à elles confiées par les textes sur la décentralisation est devenue l'approche du Ministère de la santé.
Pour un projet, y a-t-il meilleur *success story* ?

**EQUIPE DU PROJET DISC/USAID**

**DATE : 15 AOUT 2006**

**ATELIER DE RESTITUTION / REGION DE ZIGUINCHOR**

**DATE : 03 AOUT 2006**

**ATELIER DE RESTITUTION / REGION DE KAOLACK**

**DATE : 07 AOUT 2006**

**ATELIER DE RESTITUTION / REGION DE FATICK**

**DATE : 08 AOUT 2006**

**ATELIER DE RESTITUTION / REGION DE THIES**

**DATE : 09 AOUT 2006**

**ATELIER DE RESTITUTION / REGION DE LOUGA**

**DATE : 10 AOUT 2006**

# ANNEXES

EXPLICATIF DE GRAPHIQUES (ANNEXES 1-6)

ANNEXE 1 : BILAN NATIONAL DES PLANS D'OPERATIONS DES CL

ANNEXE 2 : BILAN DES PLANS D'OPERATIONS DE LA REGION DE ZIGUINCHOR

ANNEXE 3 : BILAN DES PLANS D'OPERATIONS DE LA REGION DE KAOLACK

ANNEXE 4 : BILAN DES PLANS D'OPERATIONS DE LA REGION DE FATICK

ANNEXE 5 : BILAN DES PLANS D'OPERATIONS DE LA REGION DE THIES

ANNEXE 6 : BILAN DES PLANS D'OPERATIONS DE LA REGION DE LOUGA

ANNEXE 7 : BILAN COMPTABLE DE L'EXECUTION DES 1ère et 2nde CONVENTIONS CL-ARPV

# EXPLICATIF DES GRAPHIQUES

Les graphiques des six annexes du rapport répondent aux mêmes intitulés et suivent la même séquence. L'explicatif ci-dessous est donc valable pour chaque annexe. Il ne vise pas à expliquer les résultats mais à les expliciter afin que le lecteur comprenne mieux ce qui lui est présenté.

**Graphiques 01 : Engagements et contributions des Collectivités Locales**
Ce graphique compare les ressources réellement mobilisées par les CL pour financer l'exécution des POCL aux engagements financiers des mêmes CL tels que définis dans les Accords de financement signés entre les CL et le projet DISC-USAID.

**Graphique 02 : Taux de contribution des Collectivités Locales**
Les pourcentages représentent les fractions, exprimés en pourcentages, ayant comme numérateurs les ressources locales mobilisées par les CL et comme dénominateur les engagements de ces mêmes CL.

**Graphique 03 : Engagements financiers et contributions de DISC-USAID**
L'engagement financier de DISC représente le « Matching » théorique (tel que défini dans l'Accord de Financement), que le Projet s'était engagé à mobiliser si les CL mobilisaient leurs ressources locales à hauteur de leurs engagements (tels que définis dans l'Accord de Financement). Ce graphique met en évidence la perte de fonds « Matching » du au non-respect de leurs engagements financiers: des opportunités manquées.

**Graphique 04 : Taux de contribution des Communes et des Communautés Rurales**
Ce graphique compare au sein, d'une région ou d'un district, le respect des engagements financiers des (de la) commune(s) à ceux des communautés rurales.

**Graphique 05 : Ressources mobilisées par les CL et DISC-USAID**
Ce graphique met en évidence l'ensemble des ressources mobilisées par les CL d'une région ou d'un district au montant des fonds « Matching » mobilisés en contrepartie par le Projet.

**Graphique 06 : Répartition des dépenses par rubrique budgétaire**
Ce graphique montre la répartition de l'ensemble des dépenses effectuées sur ressources locales et fonds « Matching » de l'ensemble des CL selon les différentes rubriques budgétaires de leurs POCL.

**Graphique 07 : Répartition des dépenses par rubrique budgétaire en pourcentage**
Ce graphique reprend les mêmes données que le graphique précédent mais les exprime en fractions, exprimés en pourcentages, avec comme numérateur le total des dépenses effectuées par les CL regroupées en régions ou en districts (sur ressources locales et fonds « Matching ») dans les rubriques budgétaires spécifiées et comme dénominateur le total des dépenses effectuées par l'ensemble des CL sur ressources locales et « Matching » dans l'exécution de leurs POCL.

**Graphique 08 : Répartition des dépenses cumulées des POCL par rubrique**
Ce graphique reprend les mêmes données que le graphique précédent en les agrégeant pour l'ensemble de la zone d'intervention du Projet ou pour une Région donnée.

**Graphique 09 : Réalisations physiques du Projet DISC-USAID**
Ce graphique présente les différents types de réalisations physiques produits en exécution de l'ensemble des POCL (Ressources propres + « Matching ») exécutés pendant la durée du Projet.

**Graphique 10 : Coût des réalisations physiques**
Ce graphique représente le coût des différents types de réalisations physiques présentées par le graphique précédent.

# ANNEXE 1

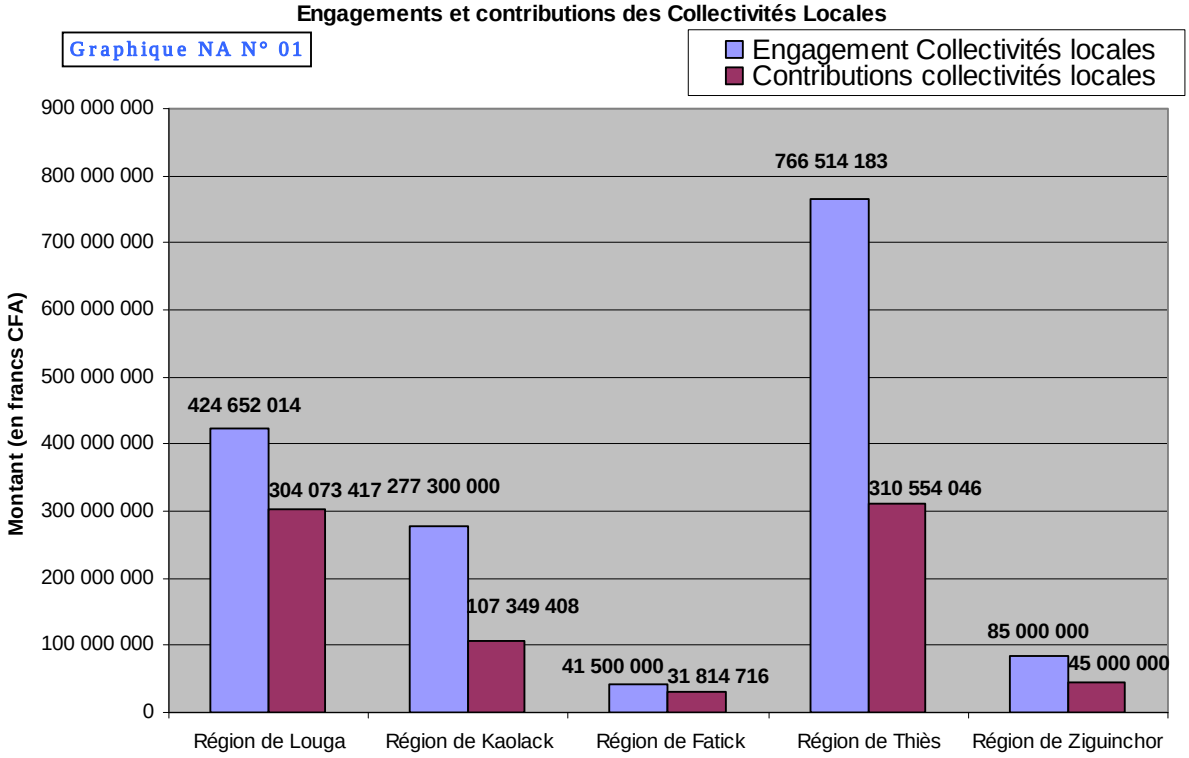
# BILAN NATIONAL DES PLANS D'OPERATIONS DES COLLECTIVITES LOCALES

PRESENTE PAR REGION D'INTERVENTION DU PROJET

1. ZIGUINCHOR
2. KAOLACK
3. FATICK
4. THIES
5. LOUGA

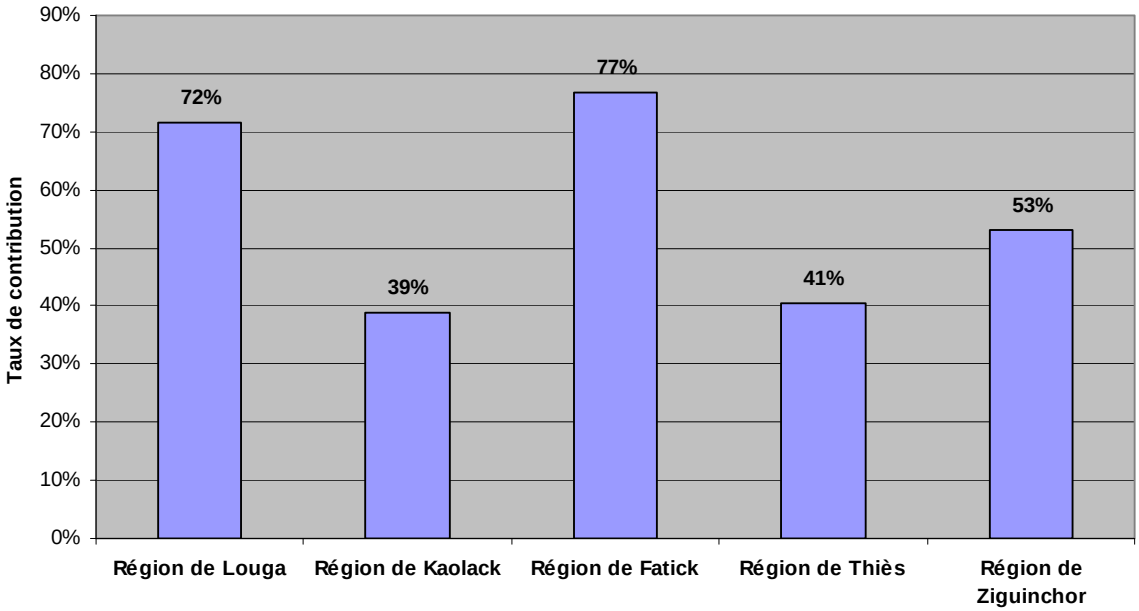
**Engagements et contributions des Collectivités Locales**

Graphique NA N° 01

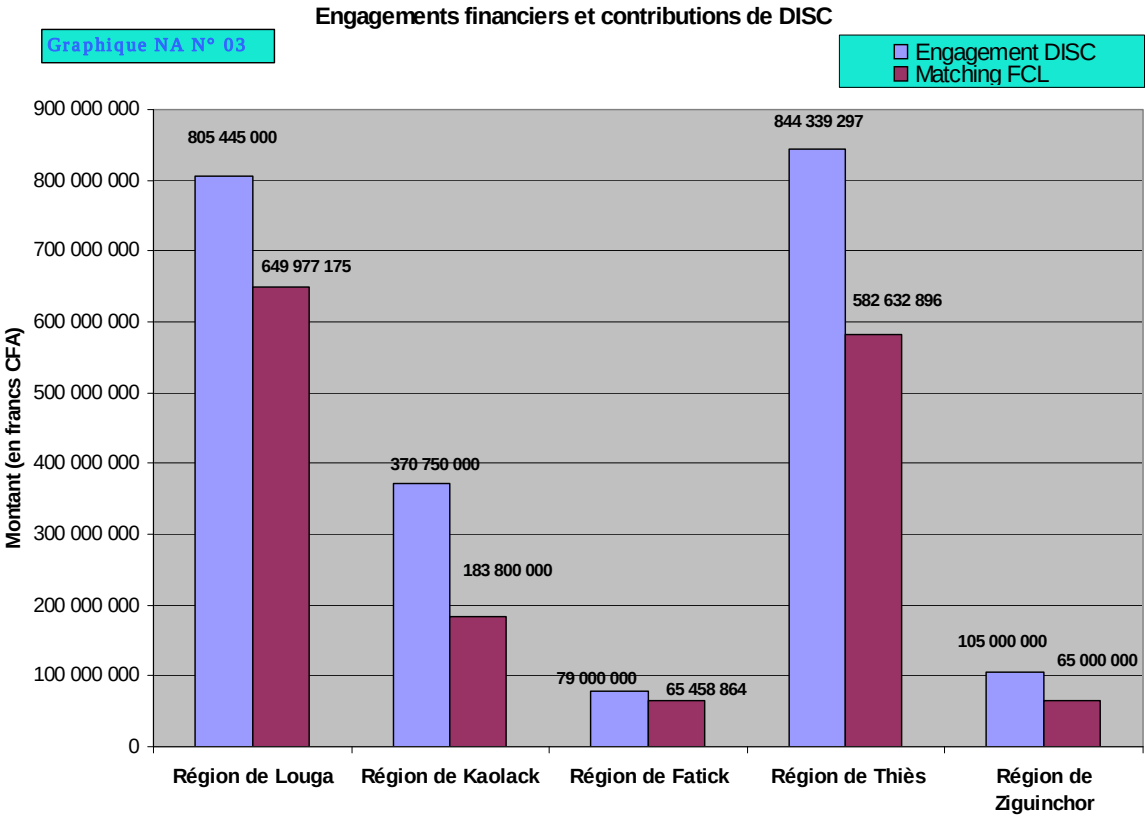



Graphique NA N°

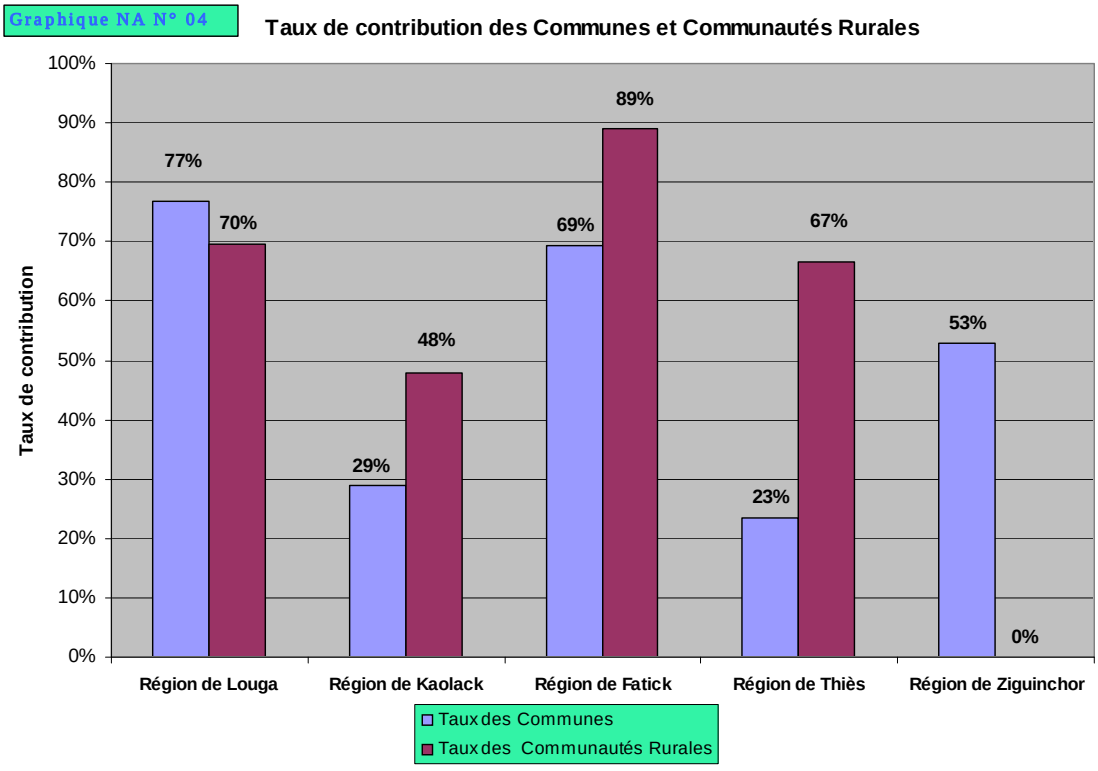
**Taux de contribution des Collectivités Locales**



Graphique NA N° 03

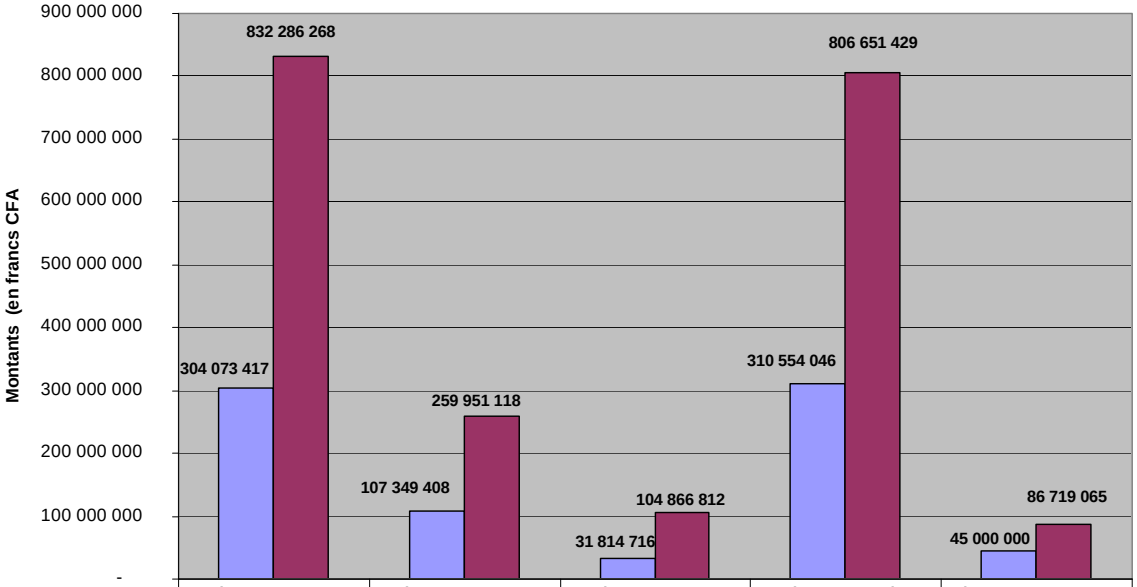



Graphique NA N° 04



Graphique NA N°

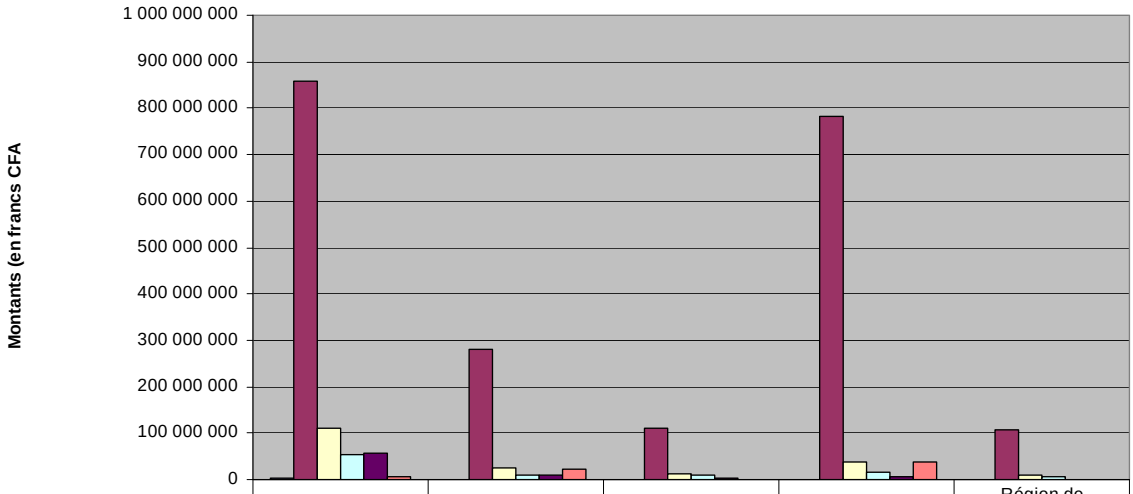
**Ressources mobilisées par les CL et DISC**




| | Région de Louga | Région de Kaolack | Région de Fatick | Région de Thiès | Région de Ziguinchor |
|---|---|---|---|---|---|
| FCL | 304 073 417 | 107 349 408 | 31 814 716 | 310 554 046 | 45 000 000 |
| DISC | 832 286 268 | 259 951 118 | 104 866 812 | 806 651 429 | 86 719 065 |

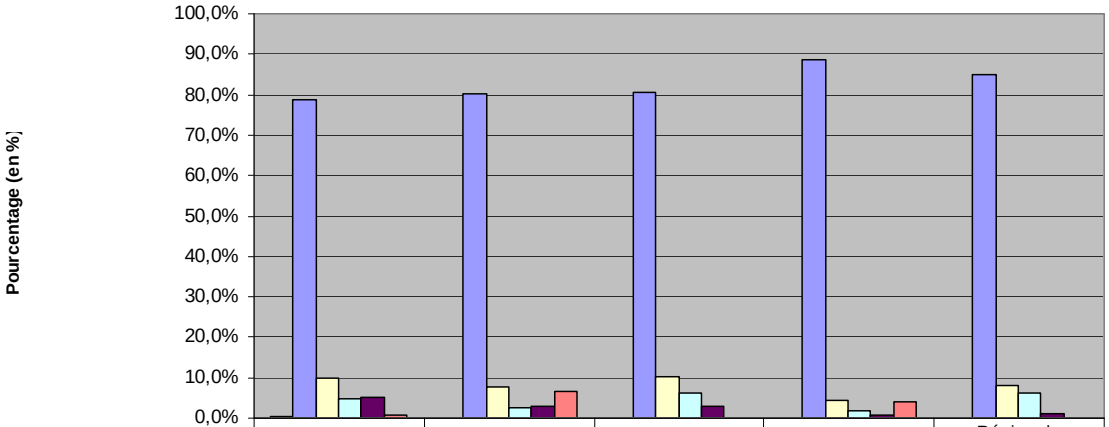
Graphique NA N° 06

**Répartition des dépenses par Rubrique et par Région**



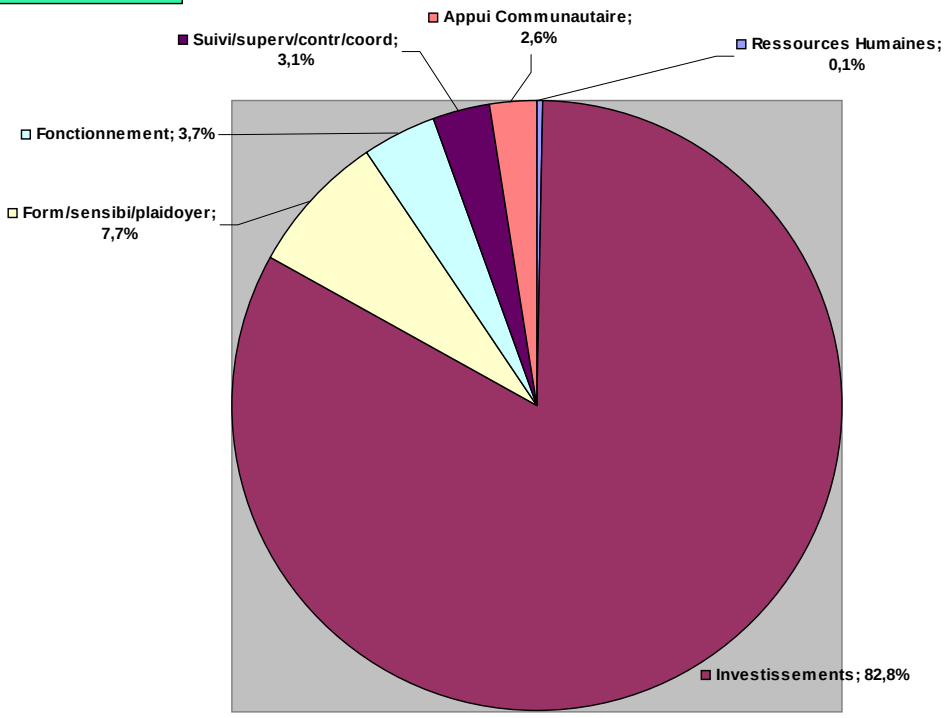

| | Région de Louga | Région de Kaolack | Région de Fatick | Région de Thiès | Région de Ziguinchor |
|---|---|---|---|---|---|
| Ress Humaines | 3 840 000 | | 0 | | 0 |
| Investissements | 857 596 513 | 281 564 522 | 111 084 051 | 782 577 000 | 107 758 614 |
| Fonctionnement | 109 293 288 | 26 506 565 | 14 108 524 | 38 112 499 | 10 237 610 |
| Form/sensibi/plaidoyer | 52 979 044 | 9 443 250 | 8 489 417 | 16 611 440 | 7 674 225 |
| Suivi/superv/contr/coord | 57 304 357 | 10 266 900 | 4 249 400 | 7 139 500 | 1 226 300 |
| Appui Communautaire | 6 062 000 | 23 575 105 | 130 000 | 36 859 699 | 0 |

**Graphique NA N° 07** **Répartition des depenses par Rubrique et par Région**

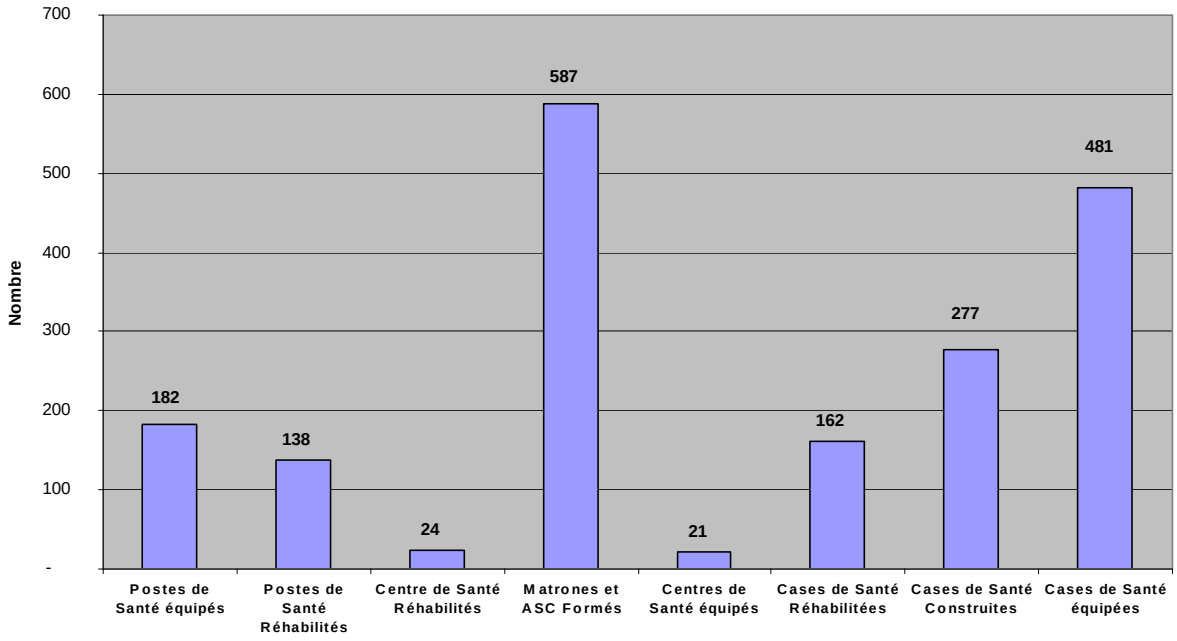



| | Région de Louga | Région de Kaolack | Région de Fatick | Région de Thiès | Région de Ziguinchor |
|---|---|---|---|---|---|
| Ressources Humaines | 0,4% | 0,0% | 0,0% | 0,0% | 0,0% |
| Investissements | 78,9% | 80,1% | 80,5% | 88,8% | 84,9% |
| Fonctionnement | 10,1% | 7,5% | 10,2% | 4,3% | 8,1% |
| Form/sensibi/plaidoyer | 4,9% | 2,7% | 6,1% | 1,9% | 6,0% |
| Suivi/superv/contr/coord | 5,3% | 2,9% | 3,1% | 0,8% | 1,0% |
| Appui Communautaire | 0,6% | 6,7% | 0,1% | 4,2% | 0,0% |

**Graphique NA N° 08** **Répartition des dépenses cumulées des POCL par Rubrique**



**Graphique NA N° 09** **REALISATIONS PHYSIQUES DU PROJET DISC AU NIVEAU NATIONAL**




**Graphique NA N° 10** **COUT DES REALISATIONS PHYSIQUES AU NIVEAU NATIONAL**

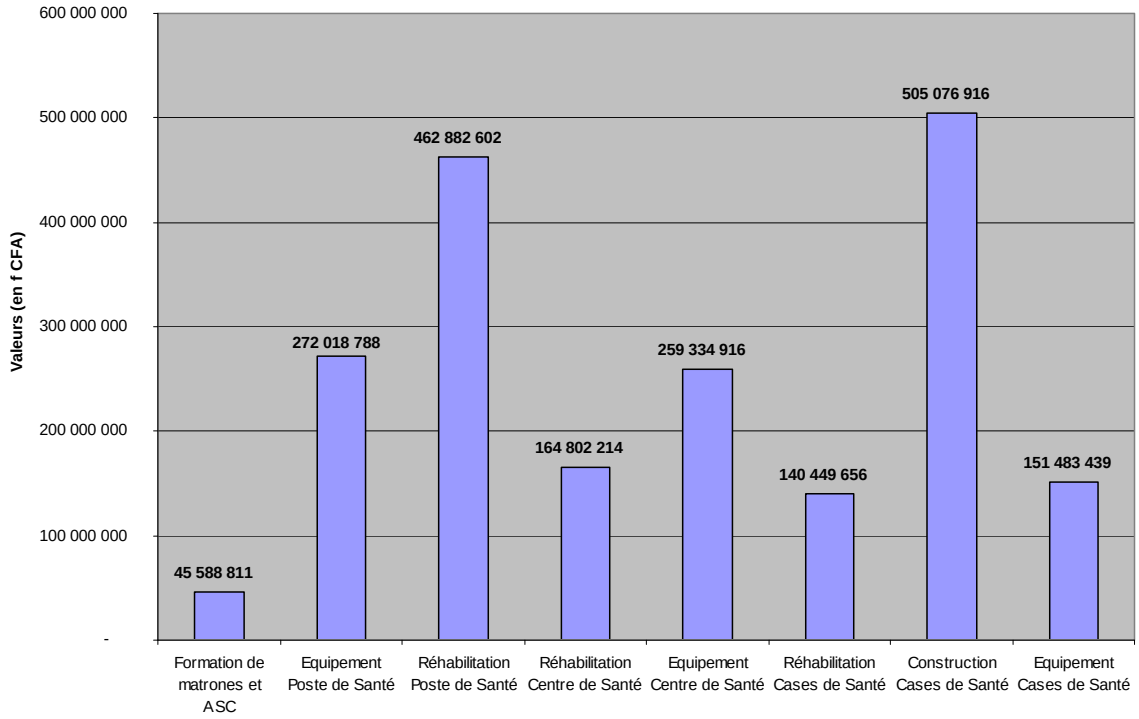


**Tableau NA N° 01 : Formation des Agents de santé communautaire**

| Désignation | | | Matrones/ASC | |
|---|---|---|---|---|
| N/N | Region | District sanitaire | Nombre | Coût |
| 1 | Fatick | District sanitaire de Guinguineo | 20 | 2 002 500 |
| 2 | Kaolack | District sanitaire de Kaffrine | 2 | 150 000 |
| 3 | Kaolack | District sanitaire de Kaolack | 41 | 3 930 000 |
| 4 | Kaolack | District sanitaire de Koungheul | 2 | 150 000 |
| 5 | Kaolack | District sanitaire de Nioro | 5 | 450 000 |
| 6 | Louga | District sanitaire de Dahra | 30 | 2 337 000 |
| 7 | Louga | District sanitaire de Darou Mousty | 78 | 5 042 800 |
| 8 | Louga | District sanitaire de Kébémer | 69 | 4 902 000 |
| 9 | Louga | District sanitaire de Linguere | 30 | 1 864 500 |
| 10 | Louga | District sanitaire de Louga | 138 | 9 985 300 |
| 11 | Thies | District sanitaire de Joal-Fadiouth | 7 | 660 000 |
| 12 | Thies | District sanitaire de Khombole | 20 | 3 519 875 |
| 13 | Thies | District sanitaire de Mbour | 14 | 1 260 000 |
| 14 | Thies | District sanitaire de Mékhé | 20 | 1 432 500 |
| 15 | Thies | District sanitaire de Poponguine | 4 | 360 000 |
| 16 | Thies | District sanitaire de Thiadiaye | 20 | 1 507 336 |
| 17 | Thies | District sanitaire de Thies | 50 | 3 185 000 |
| 18 | Thies | District sanitaire de Tivaouane | 15 | 1 860 000 |
| 19 | Ziguinchor | District sanitaire de Bignona | 12 | 540 000 |
| 20 | Ziguinchor | District sanitaire de Oussouye | - | - |
| 21 | Ziguinchor | District sanitaire de Thionck-Essyl | 10 | 450 000 |
| 22 | Ziguinchor | District sanitaire de Ziguinchor | - | - |
| **Total** | | | **587** | **45 588 811** |

**Tableau NA N° 02 : Situation des structures sanitaires équipées**

| Désignation | | | Cases de santé | | Postes de santé | | Centres de santé | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | Nombre | Coût | Nombre | Coût | Nombre | Coût |
| 1 | Fatick | District sanitaire de Guinguineo | 12 | 1 705 000 | 6 | 3 707 056 | 1 | 16 931 769 |
| 2 | Kaolack | District sanitaire de Kaffrine | 2 | 1 591 300 | 6 | 6 373 700 | 1 | 390 000 |
| 3 | Kaolack | District sanitaire de Kaolack | 40 | 16 000 000 | 14 | 18 184 636 | 1 | 19 084 380 |
| 4 | Kaolack | District sanitaire de Koungheul | 4 | 1 137 100 | 3 | 1 807 600 | - | - |
| 5 | Kaolack | District sanitaire de Nioro | 3 | 2 070 750 | 5 | 4 085 750 | 1 | 3 801 994 |
| 6 | Louga | District sanitaire de Dahra | 36 | 13 231 905 | 11 | 25 838 575 | 1 | 16 349 608 |
| 7 | Louga | District sanitaire de Darou Mousty | 27 | 12 394 249 | 6 | 6 105 550 | 1 | 3 592 394 |
| 8 | Louga | District sanitaire de Kébémer | 54 | 12 078 520 | 12 | 23 100 835 | 1 | 16 202 778 |
| 9 | Louga | District sanitaire de Linguere | 20 | 9 006 779 | 6 | 7 889 723 | 1 | 14 944 977 |
| 10 | Louga | District sanitaire de Louga | 132 | 28 379 540 | 26 | 33 831 253 | 1 | 30 276 700 |
| 11 | Thies | District sanitaire de Joal-Fadiouth | 2 | 392 750 | 5 | 14 392 845 | 1 | 20 537 200 |
| 12 | Thies | District sanitaire de Khombole | 16 | 6 036 650 | 11 | 6 786 025 | 1 | 20 246 192 |
| 13 | Thies | District sanitaire de Mbour | 4 | 848 000 | 7 | 7 746 510 | 1 | 1 300 000 |
| 14 | Thies | District sanitaire de Mékhé | 31 | 14 081 730 | 12 | 21 271 885 | 1 | 14 879 650 |
| 15 | Thies | District sanitaire de Poponguine | 17 | 1 858 200 | 4 | 1 000 000 | - | - |
| 16 | Thies | District sanitaire de Thiadiaye | 18 | 9 594 100 | 5 | 5 517 909 | 1 | 9 244 341 |
| 17 | Thies | District sanitaire de Thies | 30 | 5 741 650 | 24 | 50 813 643 | 1 | 19 423 704 |
| 18 | Thies | District sanitaire de Tivaouane | 33 | 15 335 216 | 16 | 12 431 295 | 2 | 8 245 469 |
| 19 | Ziguinchor | District sanitaire de Bignona | - | - | 1 | 7 309 723 | 1 | 20 233 185 |
| 20 | Ziguinchor | District sanitaire de Oussouye | - | - | - | - | 1 | 9 150 475 |
| 21 | Ziguinchor | District sanitaire de Thionck-Essyl | - | - | 1 | 6 387 765 | 1 | 2 209 500 |
| 22 | Ziguinchor | District sanitaire de Ziguinchor | - | - | 1 | 7 436 510 | 1 | 12 290 600 |
| **Total** | | | **481** | **151 483 439** | **182** | **272 018 788** | **21** | **259 334 916** |

**Tableau NA N° 03 :Nombre et coût des Postes et Centres de santé réhabilités**

| Désignation | | | Postes de santé réhabilités | | Centres de santé réhabilités | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| N/N | Region | District sanitaire | Nombre | Coût | Nombre | Coût |
| 1 | Fatick | District sanitaire de Guinguineo | 2 | 6 309 800 | 1 | 8 868 120 |
| 2 | Kaolack | District sanitaire de Kaffrine | 5 | 11 577 129 | - | - |
| 3 | Kaolack | District sanitaire de Kaolack | 16 | 54 519 059 | 1 | 2 857 200 |
| 4 | Kaolack | District sanitaire de Koungheul | 3 | 4 300 407 | - | - |
| 5 | Kaolack | District sanitaire de Nioro | 7 | 17 191 954 | - | - |
| 6 | Louga | District sanitaire de Dahra | 6 | 14 989 627 | 1 | 1 400 000 |
| 7 | Louga | District sanitaire de Darou Mousty | 1 | 327 600 | 1 | 12 504 685 |
| 8 | Louga | District sanitaire de Kébémer | 11 | 44 844 566 | 1 | 19 012 679 |
| 9 | Louga | District sanitaire de Linguere | 7 | 11 260 750 | - | - |
| 10 | Louga | District sanitaire de Louga | 21 | 75 225 424 | 1 | 33 455 043 |
| 11 | Thies | District sanitaire de Joal-Fadiouth | 2 | 5 755 466 | 1 | 4 813 507 |
| 12 | Thies | District sanitaire de Khombole | 9 | 32 307 423 | 1 | 7 902 886 |
| 13 | Thies | District sanitaire de Mbour | 3 | 37 000 000 | 1 | 6 340 000 |
| 14 | Thies | District sanitaire de Mékhé | 9 | 23 915 977 | - | - |
| 15 | Thies | District sanitaire de Poponguine | 9 | 6 650 000 | 1 | 3 700 000 |
| 16 | Thies | District sanitaire de Thiadiaye | 4 | 17 019 400 | 1 | 12 152 765 |
| 17 | Thies | District sanitaire de Thies | 11 | 46 759 574 | 1 | 15 917 839 |
| 18 | Thies | District sanitaire de Tivaouane | 9 | 37 115 836 | 1 | 13 292 612 |
| 19 | Ziguinchor | District sanitaire de Bignona | 2 | 5 469 970 | 1 | 3 800 780 |
| 20 | Ziguinchor | District sanitaire de Oussouye | - | - | 1 | 18 784 098 |
| 21 | Ziguinchor | District sanitaire de Thionck-Essyl | 1 | 10 342 640 | - | - |
| 22 | Ziguinchor | District sanitaire de Ziguinchor | - | - | - | - |
| **Total** | | | **138** | **462 882 602** | **15** | **164 802 214** |

**Tableau NA N° 04 : Nombre et coût des cases santé construites et réhabilitées**

| Désignation | | | Cases de santé construites | | Cases de santé réhabilitées | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| N/N | Region | District sanitaire | Nombre | Coût | Nombre | Coût |
| 1 | Fatick | District sanitaire de Guinguineo | 13 | 22 471 360 | 5 | 3 572 000 |
| 2 | Kaolack | District sanitaire de Kaffrine | 1 | 1 963 040 | 1 | 1 000 000 |
| 3 | Kaolack | District sanitaire de Kaolack | 39 | 68 279 114 | 7 | 3 516 270 |
| 4 | Kaolack | District sanitaire de Koungheul | 1 | 1 999 090 | 1 | 1 431 000 |
| 5 | Kaolack | District sanitaire de Nioro | 3 | 5 970 900 | - | - |
| 6 | Louga | District sanitaire de Dahra | 16 | 25 415 240 | 1 | 9 474 650 |
| 7 | Louga | District sanitaire de Darou Mousty | 12 | 22 649 270 | 31 | 24 656 276 |
| 8 | Louga | District sanitaire de Kébémer | 25 | 39 469 372 | 30 | 19 476 011 |
| 9 | Louga | District sanitaire de Linguere | 13 | 21 500 000 | 10 | 6 527 200 |
| 10 | Louga | District sanitaire de Louga | 46 | 71 881 701 | 41 | 28 117 229 |
| 11 | Thies | District sanitaire de Joal-Fadiouth | 5 | 3 900 000 | 3 | 2 350 000 |
| 12 | Thies | District sanitaire de Khombole | 8 | 13 040 130 | 2 | 1 781 670 |
| 13 | Thies | District sanitaire de Mbour | - | - | 3 | 3 000 000 |
| 14 | Thies | District sanitaire de Mékhé | 26 | 46 200 676 | 1 | 1 346 000 |
| 15 | Thies | District sanitaire de Poponguine | 8 | 13 487 400 | 9 | 8 900 000 |
| 16 | Thies | District sanitaire de Thiadiaye | 23 | 44 998 500 | 3 | 3 000 000 |
| 17 | Thies | District sanitaire de Thies | 24 | 77 296 831 | 4 | 7 343 268 |
| 18 | Thies | District sanitaire de Tivaouane | 14 | 24 554 292 | 10 | 14 958 082 |
| **Total** | | | **277** | **505 076 916** | **162** | **140 449 656** |

# ANNEXE 2

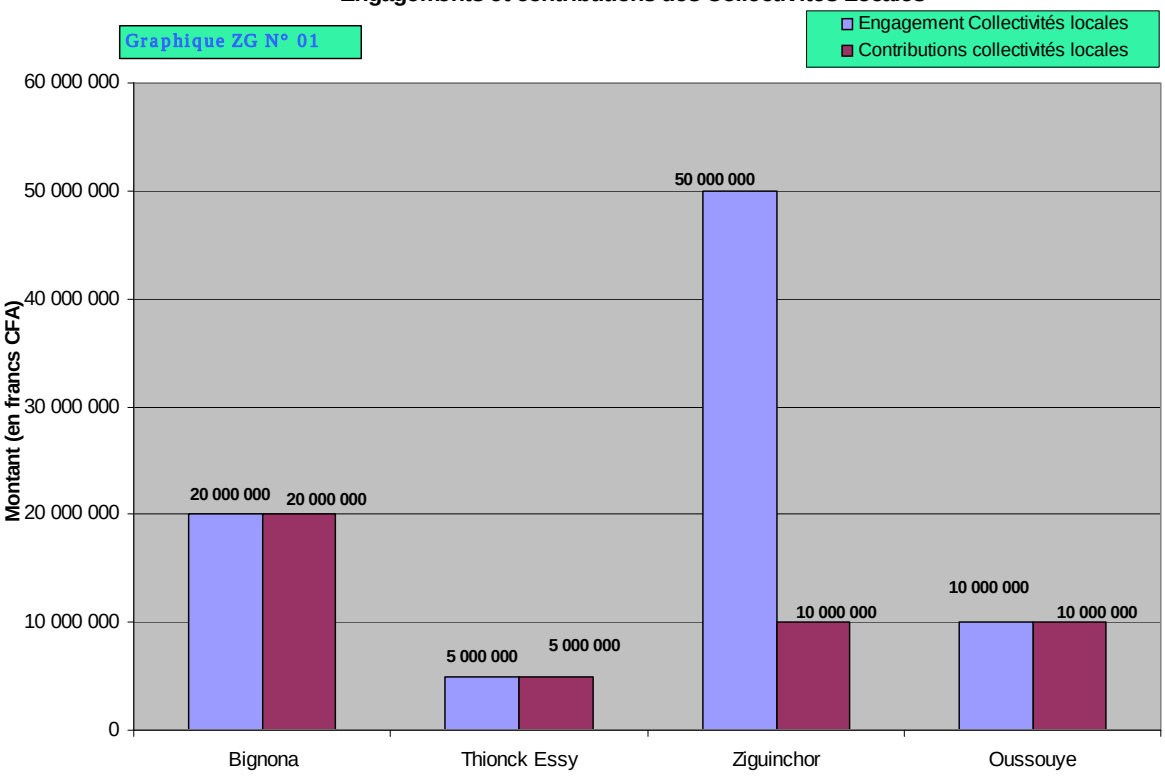
# BILAN DES PLANS D'OPERATIONS DES COLLECTIVITES LOCALES DE LA REGION DE ZIGUINCHOR

DISTRICTS SANITAIRES DE :

1. ZIGUINCHOR
2. OUSSOUYE
3. THIONCK ESSYL
4. BIGNONA

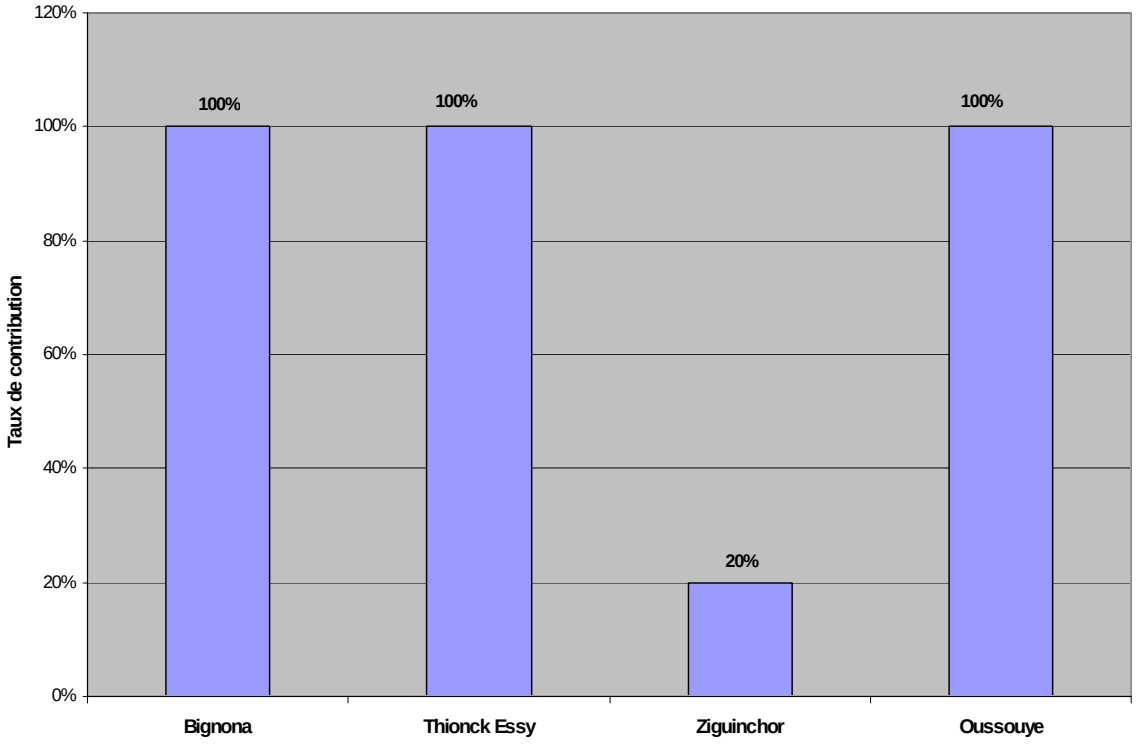
**Engagements et contributions des Collectivités Locales**

Graphique ZG N° 01

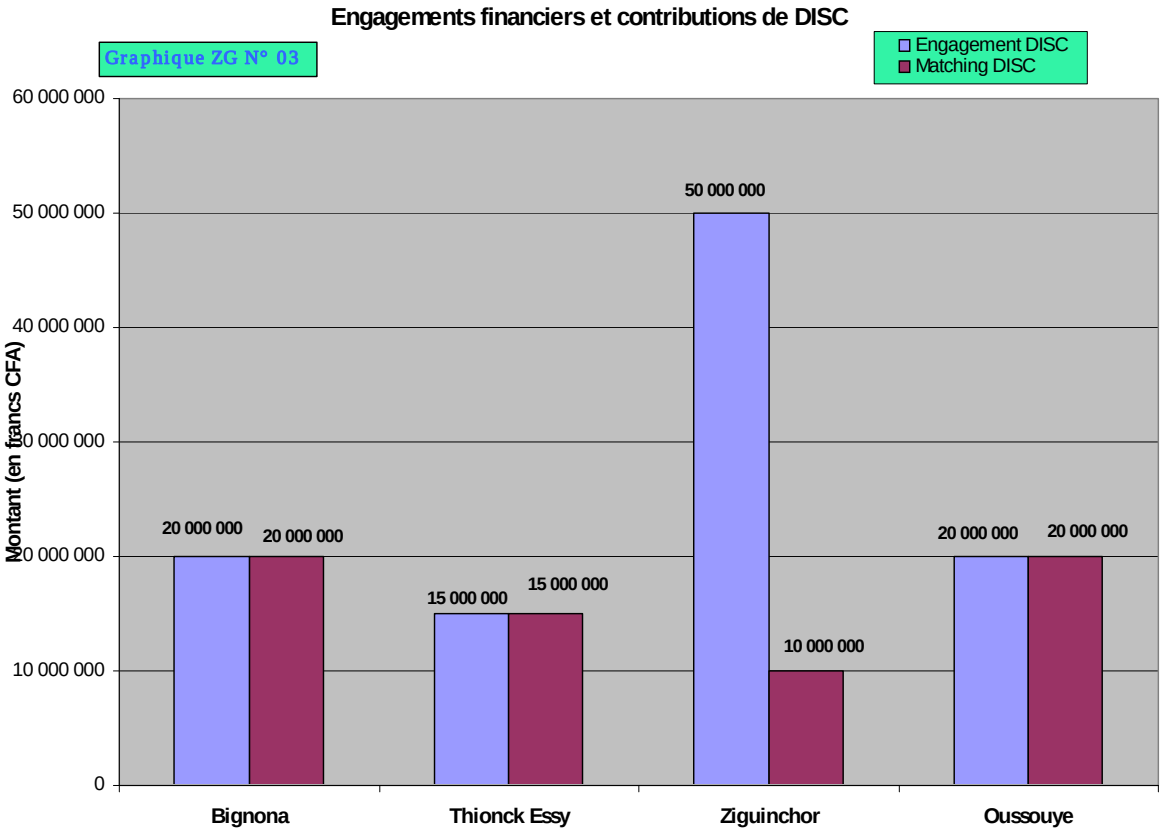



Graphique ZG N° 02

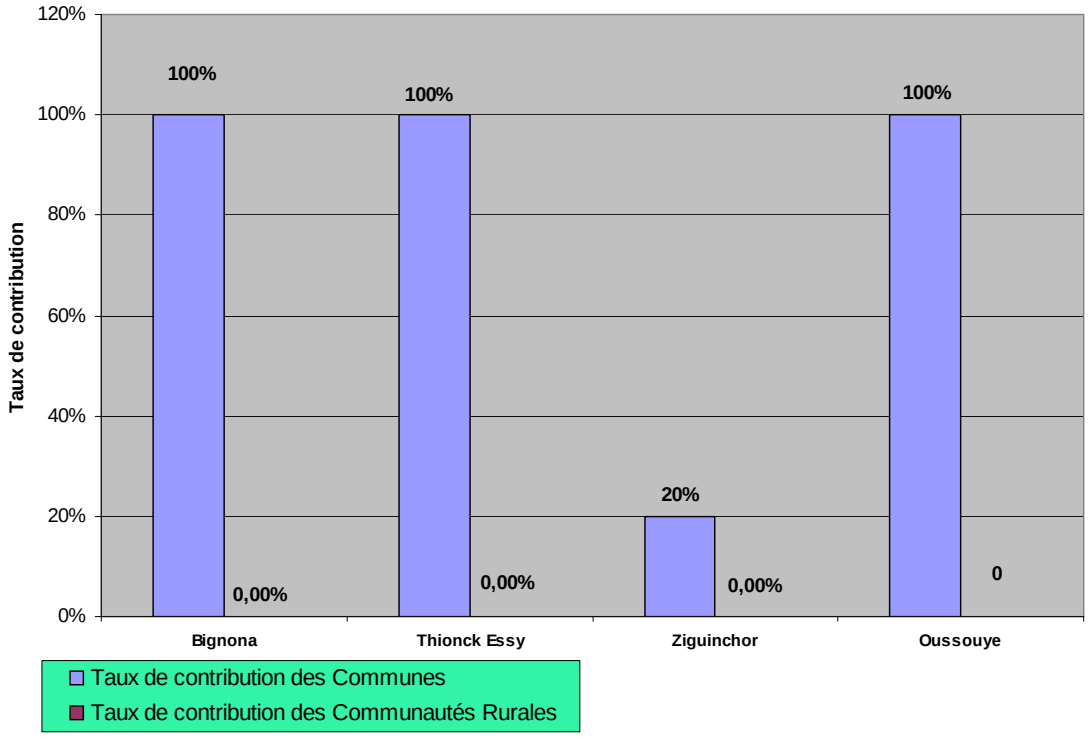
**Taux de contribution des Collectivités Locales**



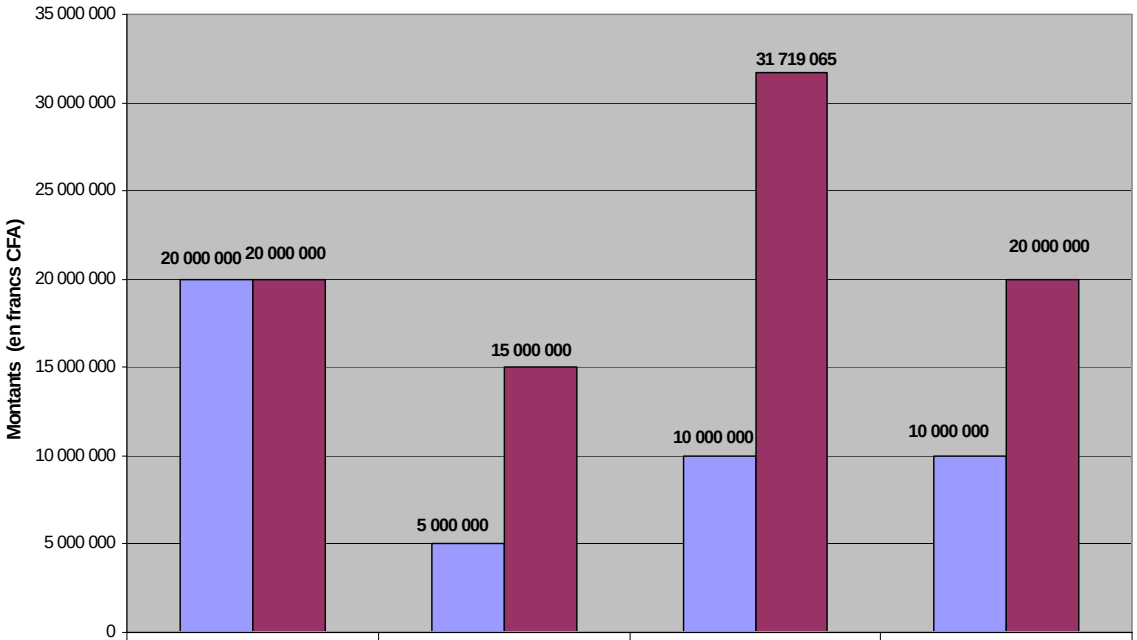
Graphique ZG N° 03




Graphique ZG N° 04

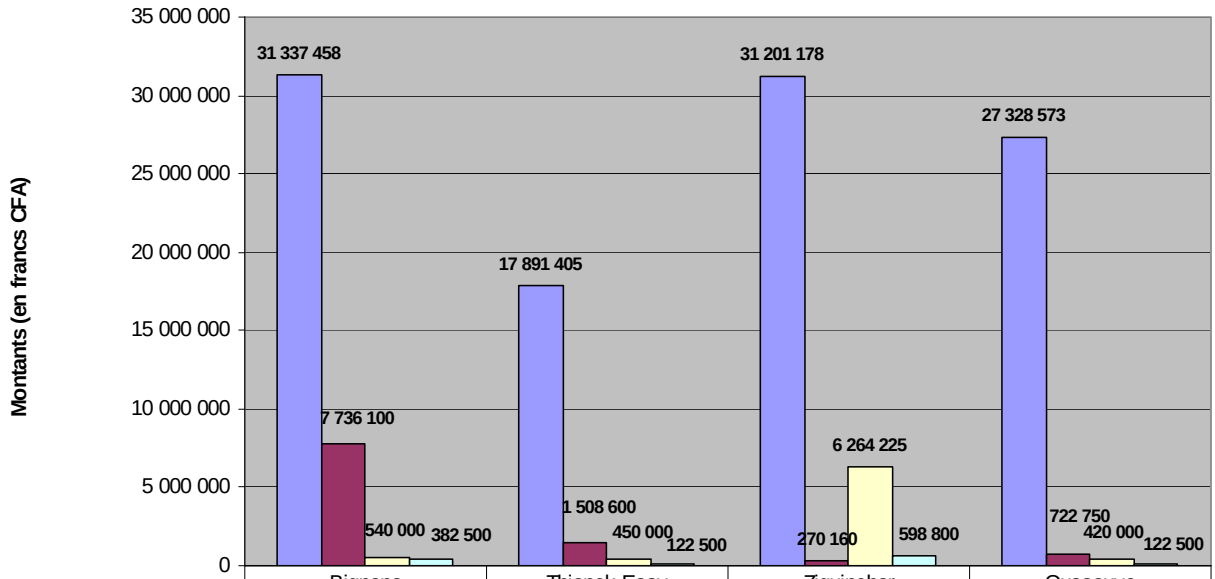


Graphique ZG N° 05 **Ressources mobilisées par les CL et DISC**



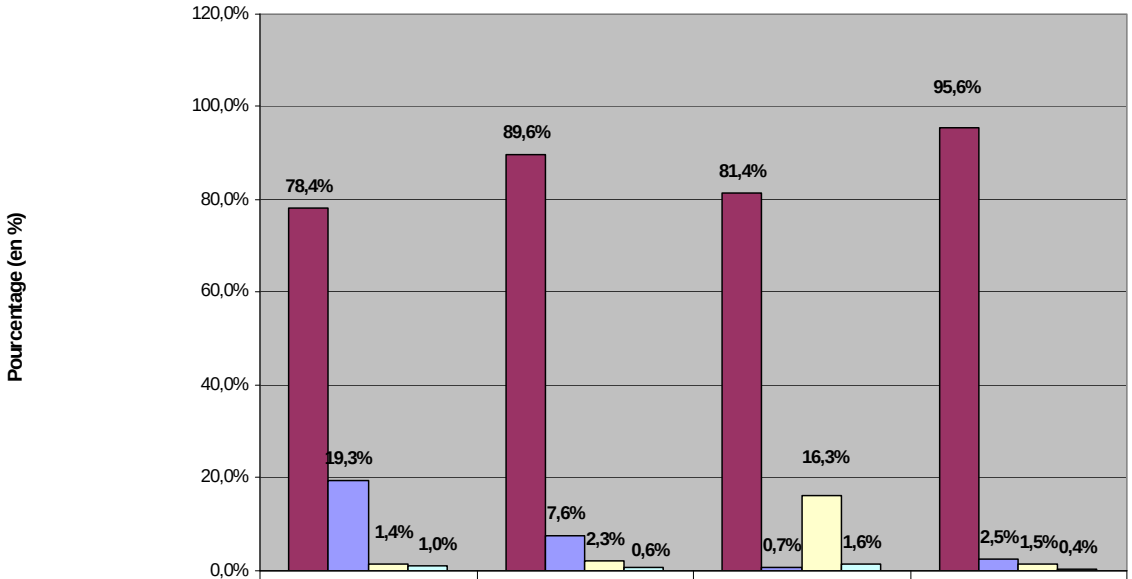

| | Bignona | Thionck Essy | Ziguinchor | Oussouye |
|---|---|---|---|---|
| FCL | 20 000 000 | 5 000 000 | 10 000 000 | 10 000 000 |
| DISC | 20 000 000 | 15 000 000 | 31 719 065 | 20 000 000 |

Graphique ZG N° 06 **Répartition des depenses par Rubrique et par Dsitrict sanitaire**



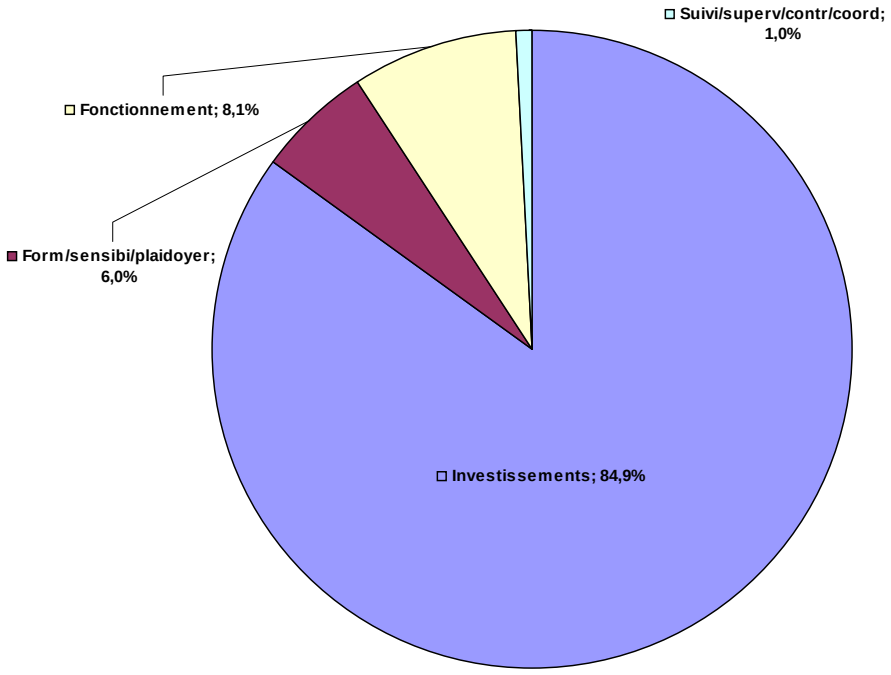

| | Bignona | Thionck Essy | Ziguinchor | Oussouye |
|---|---|---|---|---|
| Investissements | 31 337 458 | 17 891 405 | 31 201 178 | 27 328 573 |
| Fonctionnement | 7 736 100 | 1 508 600 | 270 160 | 722 750 |
| Form/sensibi/plaidoyer | 540 000 | 450 000 | 6 264 225 | 420 000 |
| Suivi/superv/contr/coord | 382 500 | 122 500 | 598 800 | 122 500 |

Graphique ZG N° 07 **Répartition des depenses par Rubrique et par Dsitrict sanitaire**

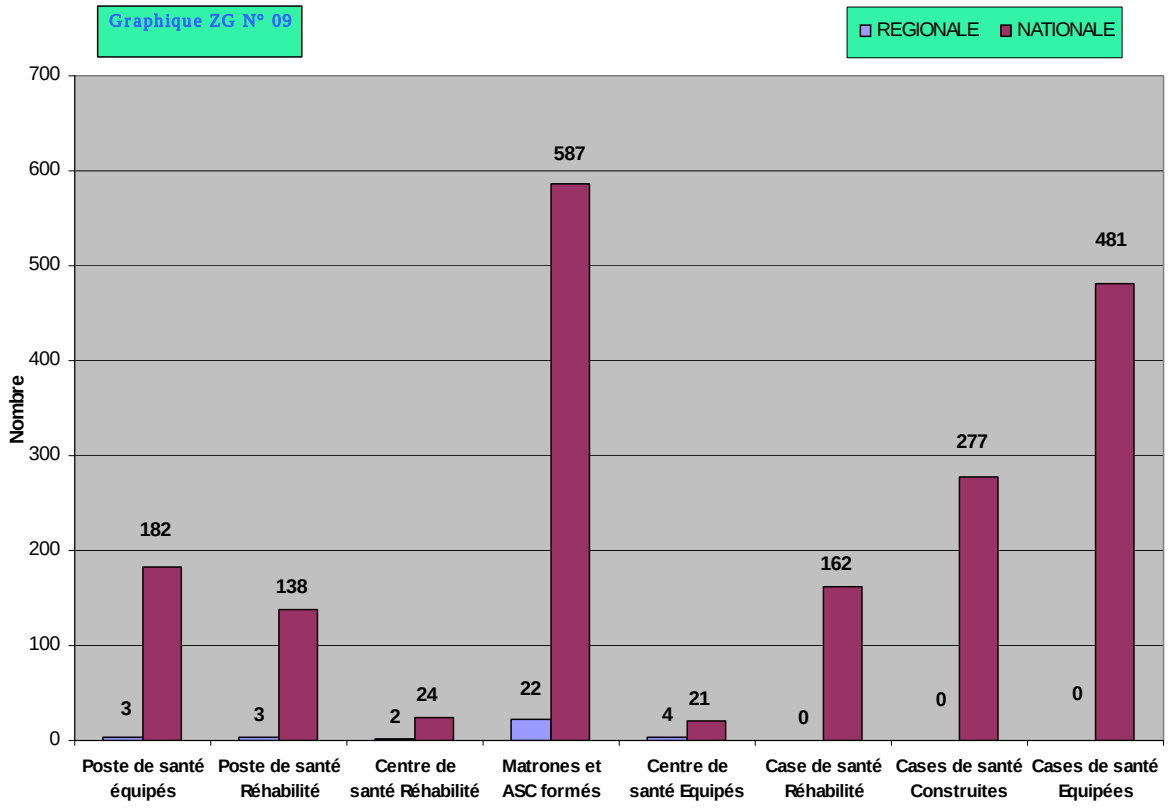



| | Bignona | Thionck Essy | Ziguinchor | Oussouye |
|---|---|---|---|---|
| Investissements | 78,4% | 89,6% | 81,4% | 95,6% |
| Fonctionnement | 19,3% | 7,6% | 0,7% | 2,5% |
| Form/sensibi/plaidoyer | 1,4% | 2,3% | 16,3% | 1,5% |
| Suivi/superv/contr/coord | 1,0% | 0,6% | 1,6% | 0,4% |

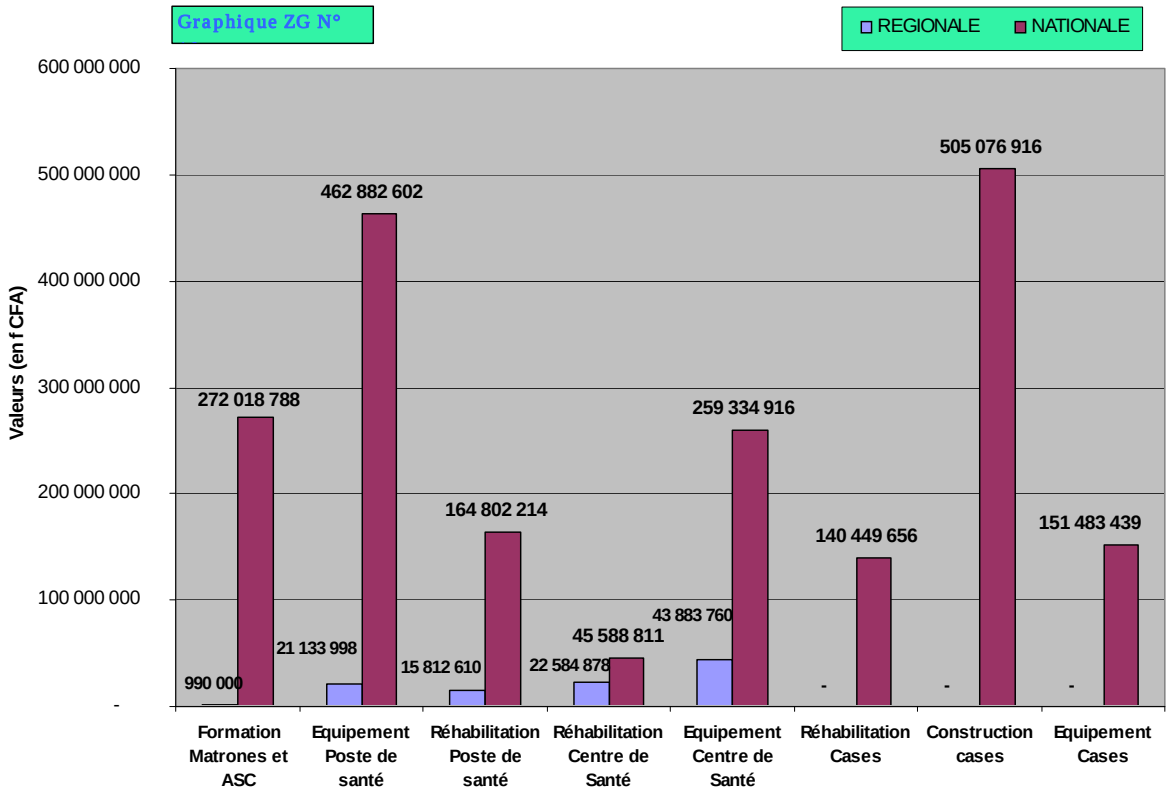
Graphique ZG N° 08 **Répartition des dépenses cumulées des POCL par Rubrique**



**REALISATIONS PHYSIQUES DU PROJET DISC AU NIVEAU REGIONAL/ NATIONAL**




**COUT DES REALISATIONS PHYSIQUES AU NIVEAU REGIONAL/ NATIONAL**



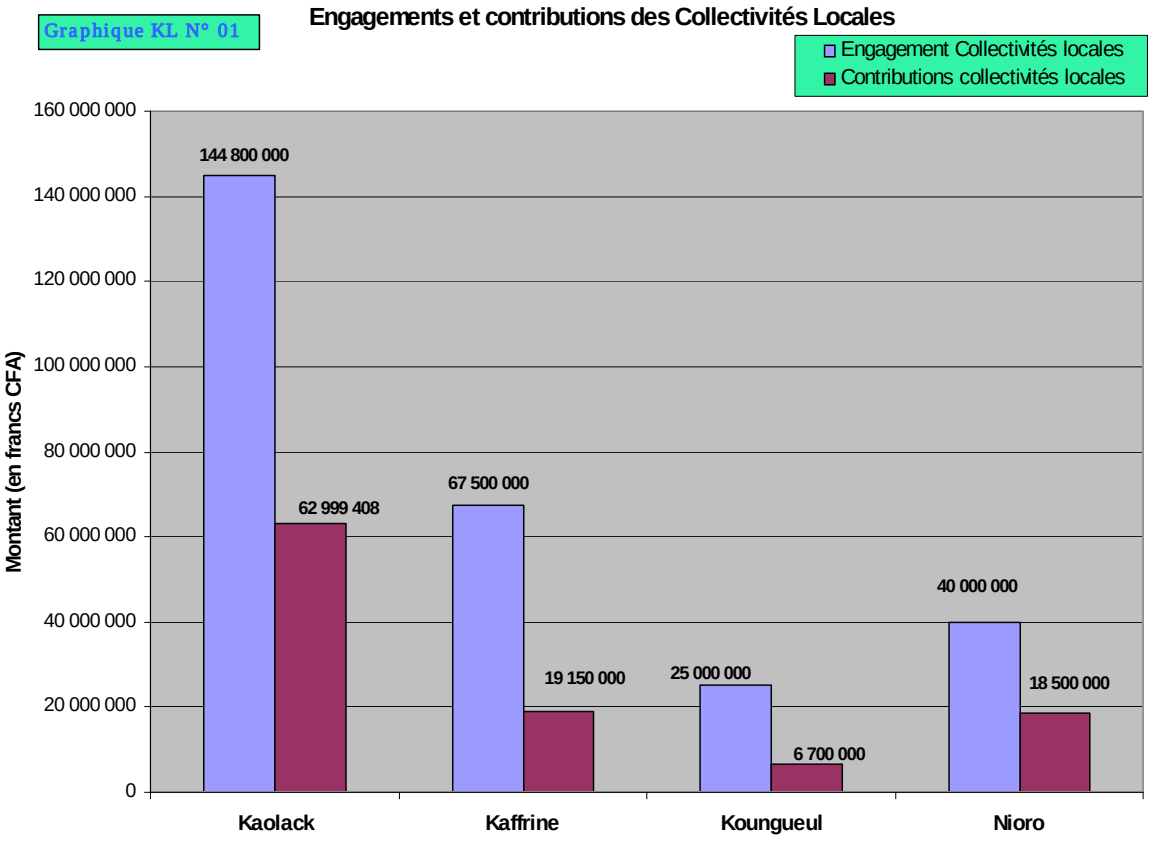
# ANNEXE 3

# BILAN DES PLANS D'OPERATIONS DES COLLECTIVITES LOCALES DE LA REGION DE KAOLACK

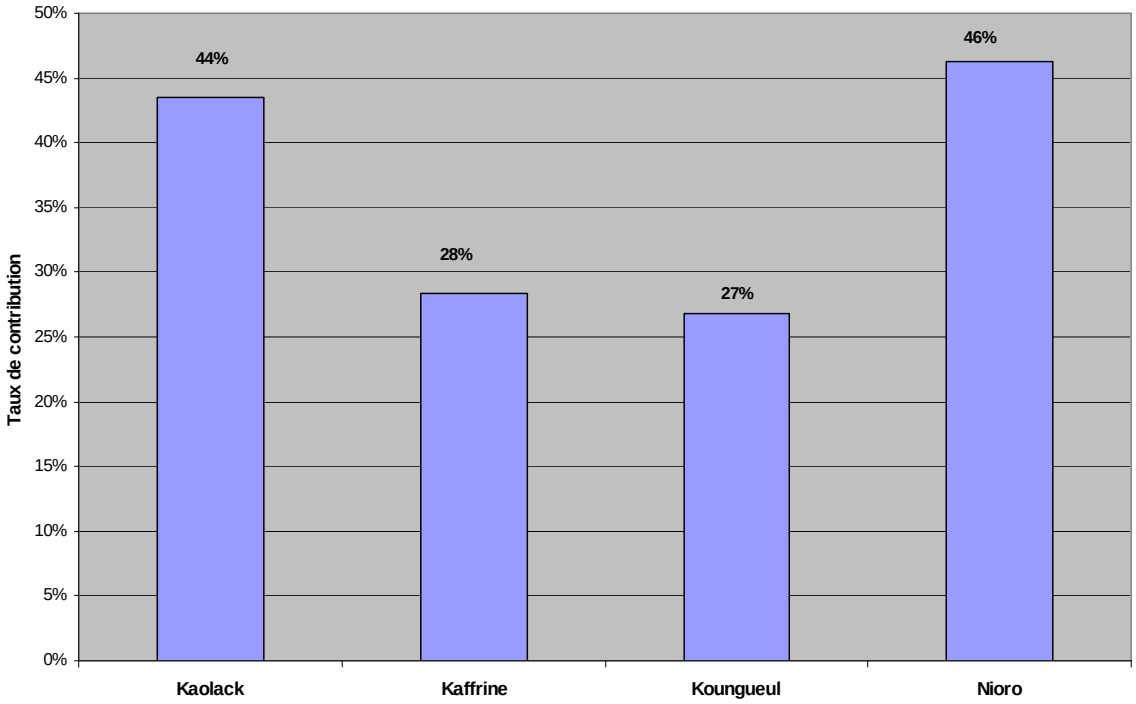
DISTRICTS SANITAIRES DE :

1. KAOLACK
2. KAFFRINE
3. KOUNGHEUL
4. NIORO

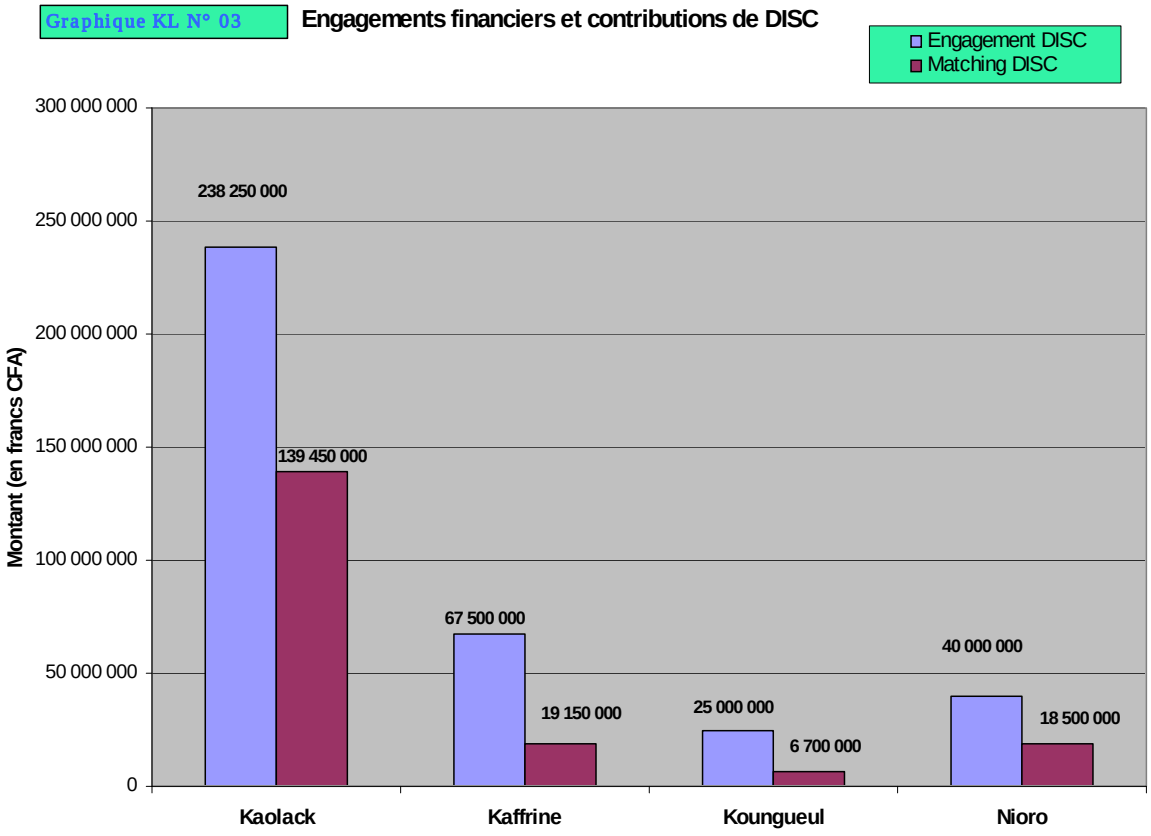
Graphique KL N° 01



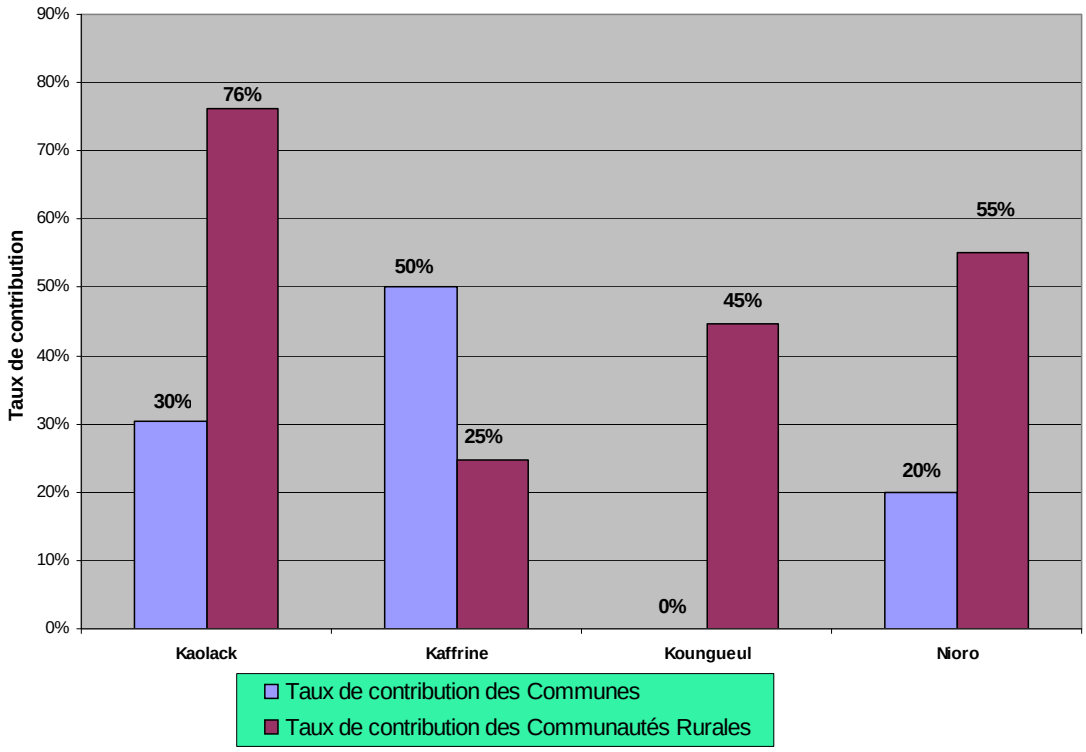

Graphique KL N° 02



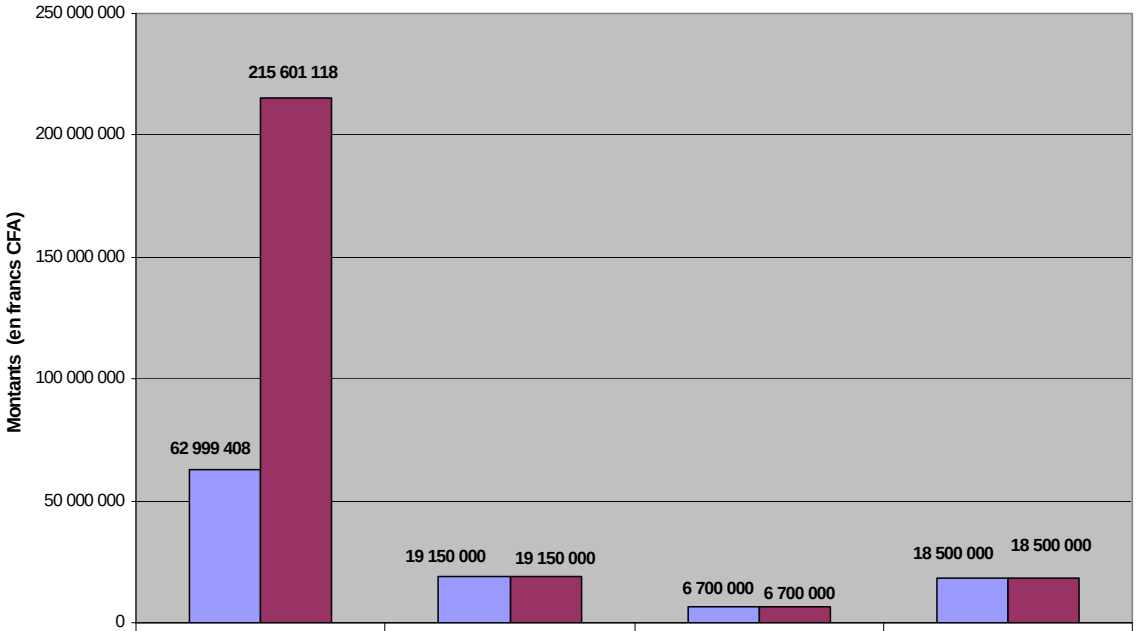
Graphique KL N° 03 **Engagements financiers et contributions de DISC**




Graphique KL N° 04 **Taux de contribution des Communes et Communautés Rurales**

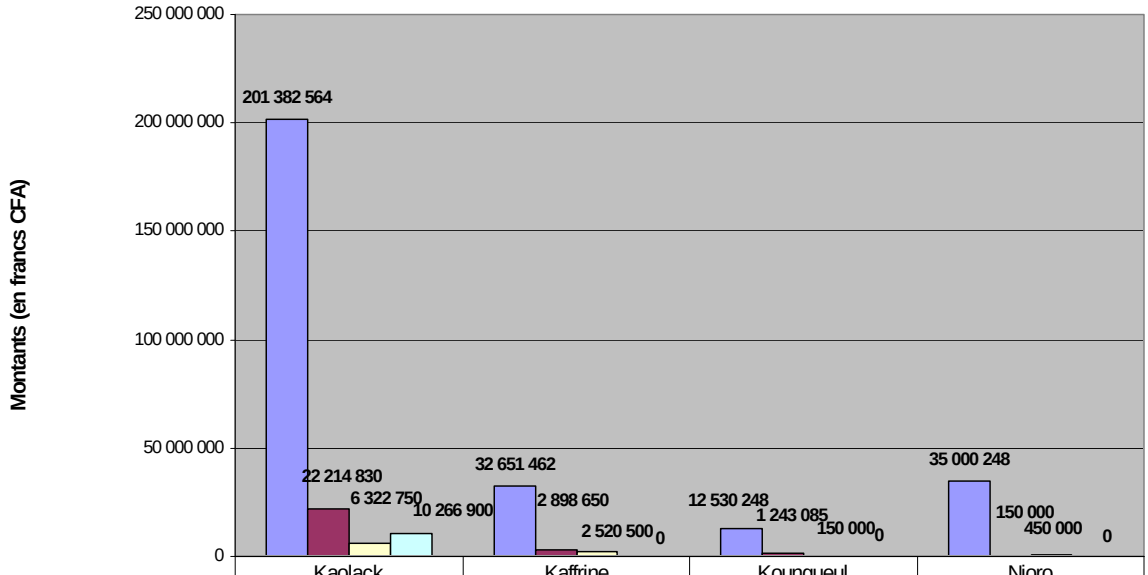


**Graphique KL N° 05** **Ressources mobilisées par les CL et DISC**



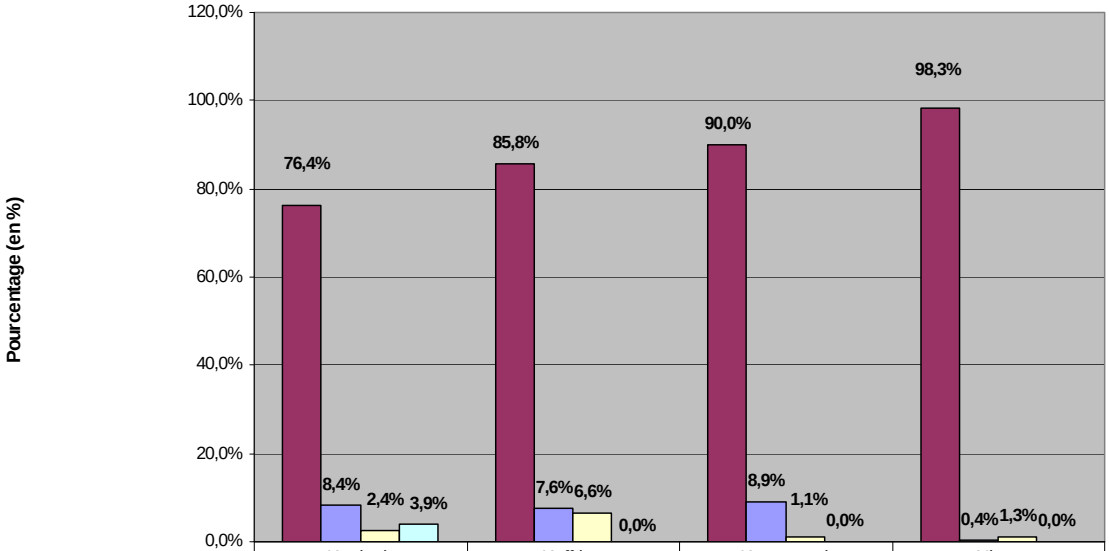

| | Kaolack | Kaffrine | Koungueul | Nioro |
|---|---|---|---|---|
| FCL | 62 999 408 | 19 150 000 | 6 700 000 | 18 500 000 |
| DISC | 215 601 118 | 19 150 000 | 6 700 000 | 18 500 000 |

**Graphique KL N° 06** **Répartition des depenses par Rubrique et par Dsitrict sanitaire**



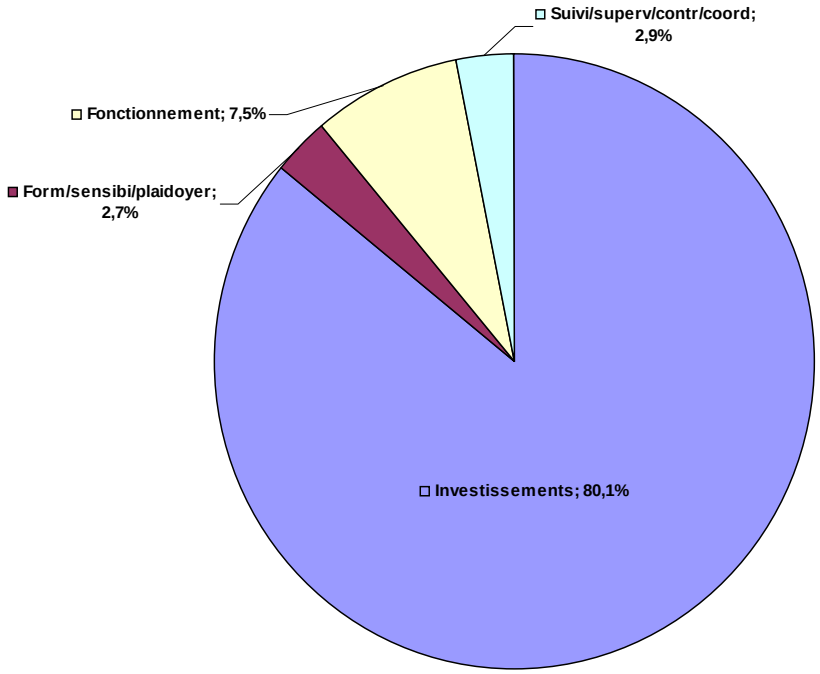

| | Kaolack | Kaffrine | Koungueul | Nioro |
|---|---|---|---|---|
| Investissements | 201 382 564 | 32 651 462 | 12 530 248 | 35 000 248 |
| Fonctionnement | 22 214 830 | 2 898 650 | 1 243 085 | 150 000 |
| Form/sensibi/plaidoyer | 6 322 750 | 2 520 500 | 150 000 | 450 000 |
| Suivi/superv/contr/coord | 10 266 900 | 0 | 0 | 0 |

**Graphique KL N° 07** **Répartition des depenses par Rubrique et par Dsitrict sanitaire**

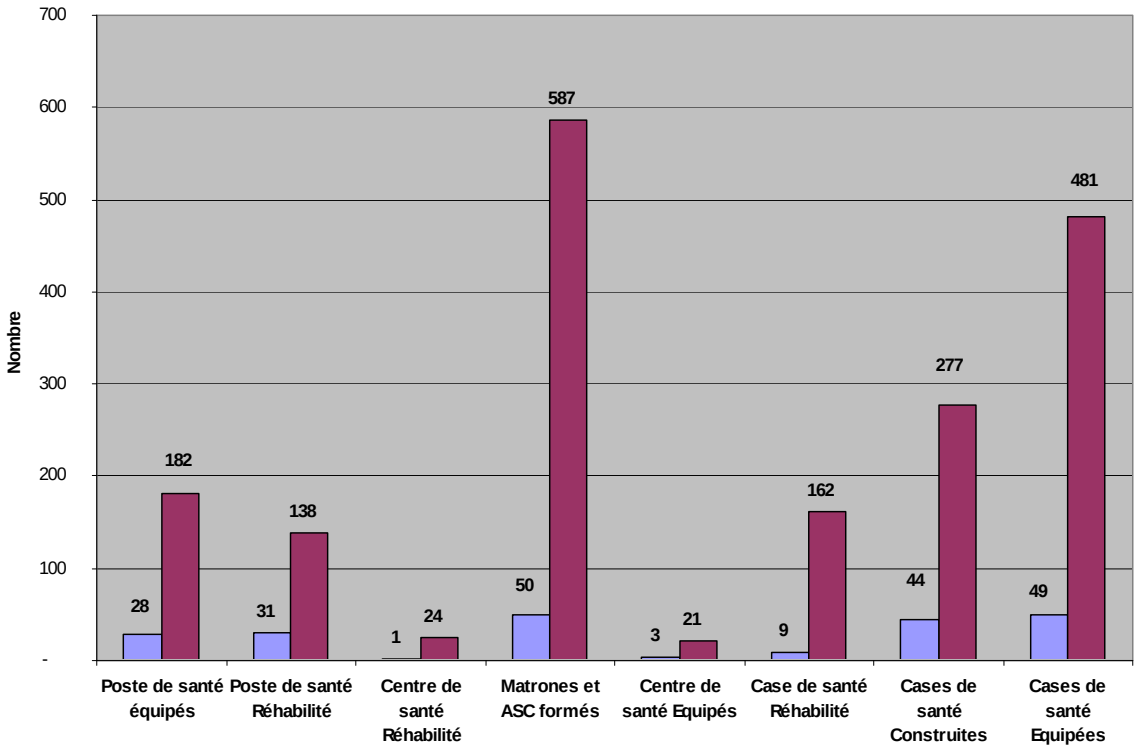



| | Kaolack | Kaffrine | Koungueul | Nioro |
|---|---|---|---|---|
| Investissements | 76,4% | 85,8% | 90,0% | 98,3% |
| Fonctionnement | 8,4% | 7,6% | 8,9% | 0,4% |
| Form/sensibi/plaidoyer | 2,4% | 6,6% | 1,1% | 1,3% |
| Suivi/superv/contr/coord | 3,9% | 0,0% | 0,0% | 0,0% |

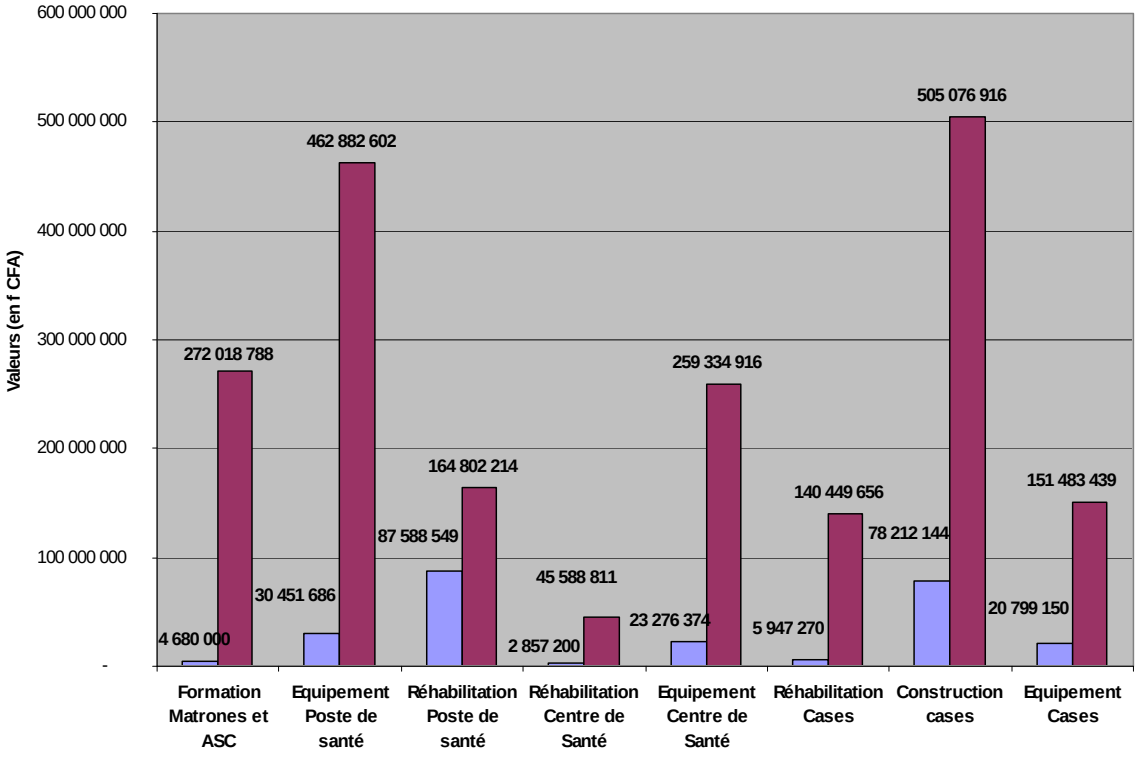
**Graphique KL N° 08** **Répartition des dépenses cumulées des POCL par Rubrique**



Graphique KL N° 09 REALISATIONS PHYSIQUES DU PROJET DISC AU NIVEAU REGIONAL/ NATIONAL




Graphique KL N° 10 COUT DES REALISATIONS PHYSIQUES AU NIVEAU REGIONAL/ NATIONAL

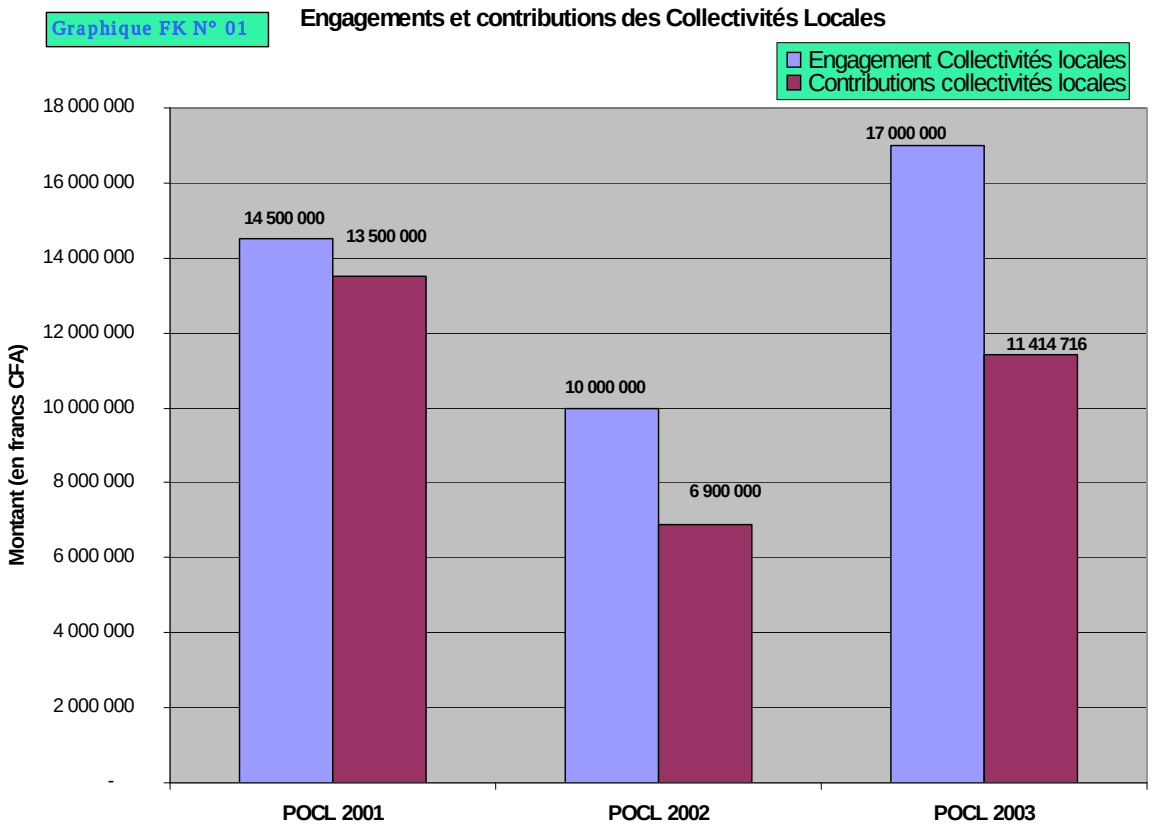


# ANNEXE 4

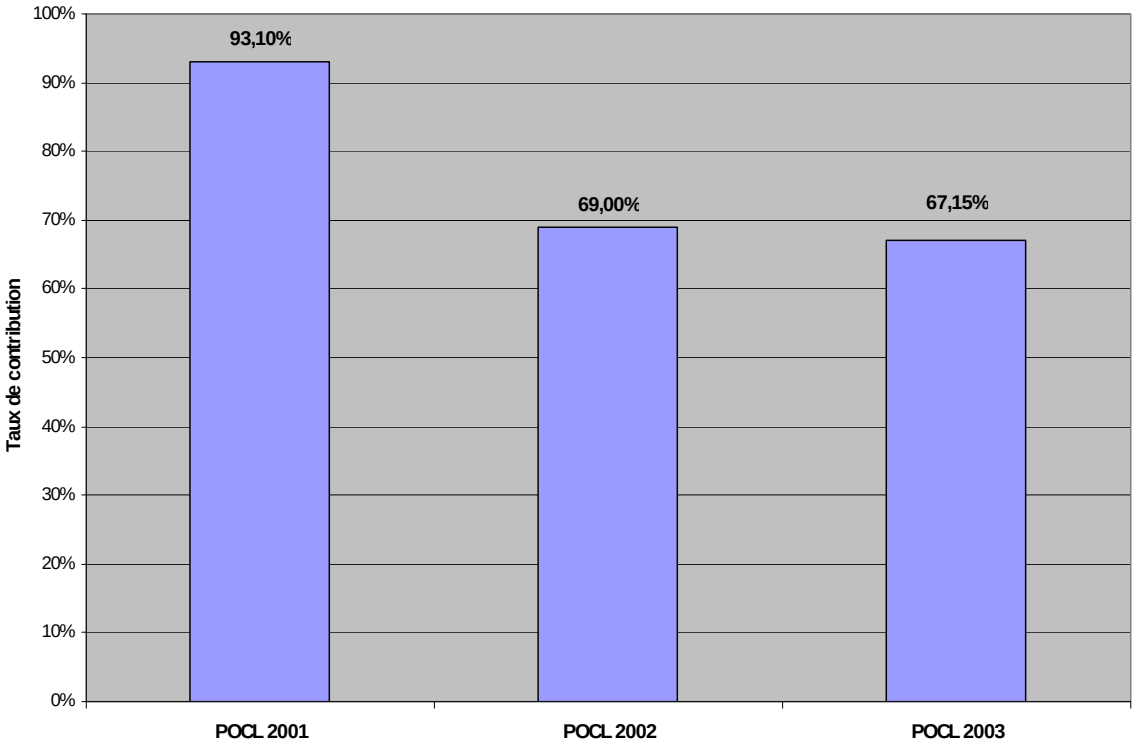
# BILAN DES PLANS D'OPERATIONS DES COLLECTIVITES LOCALES DE LA REGION DE FATICK

DISTRICT SANITAIRE DE GUINGUINEO

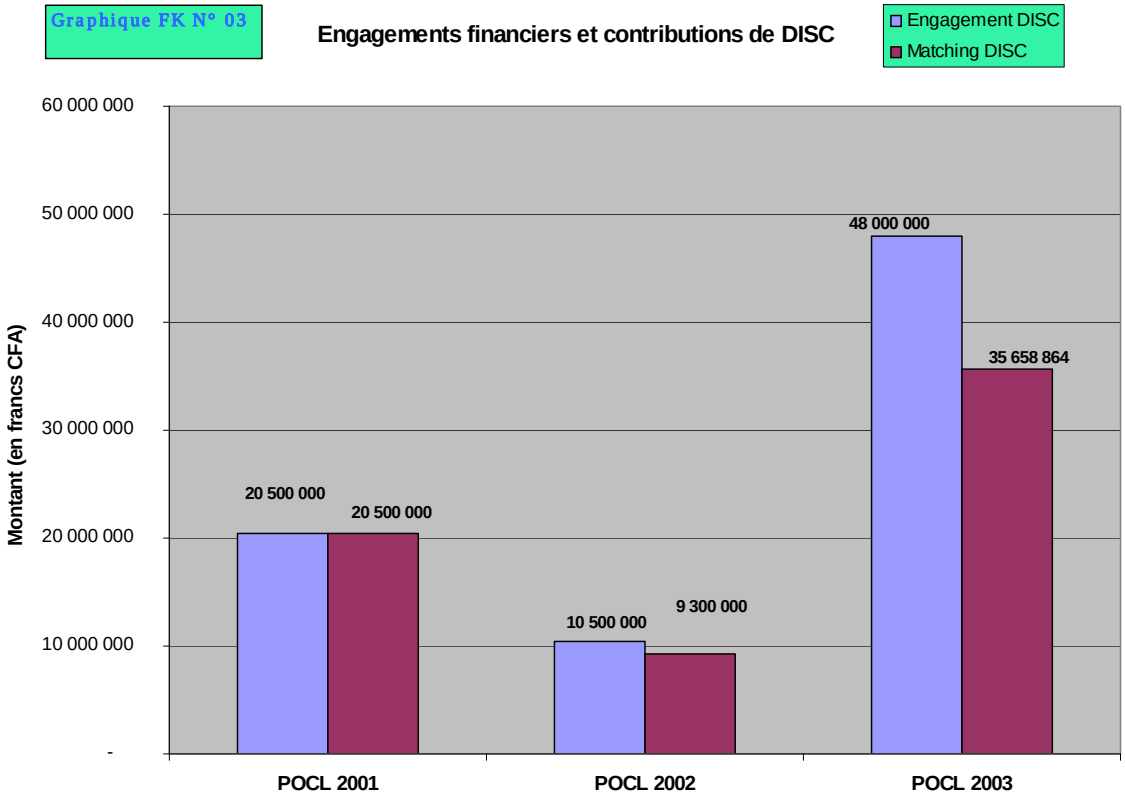
Graphique FK N° 01



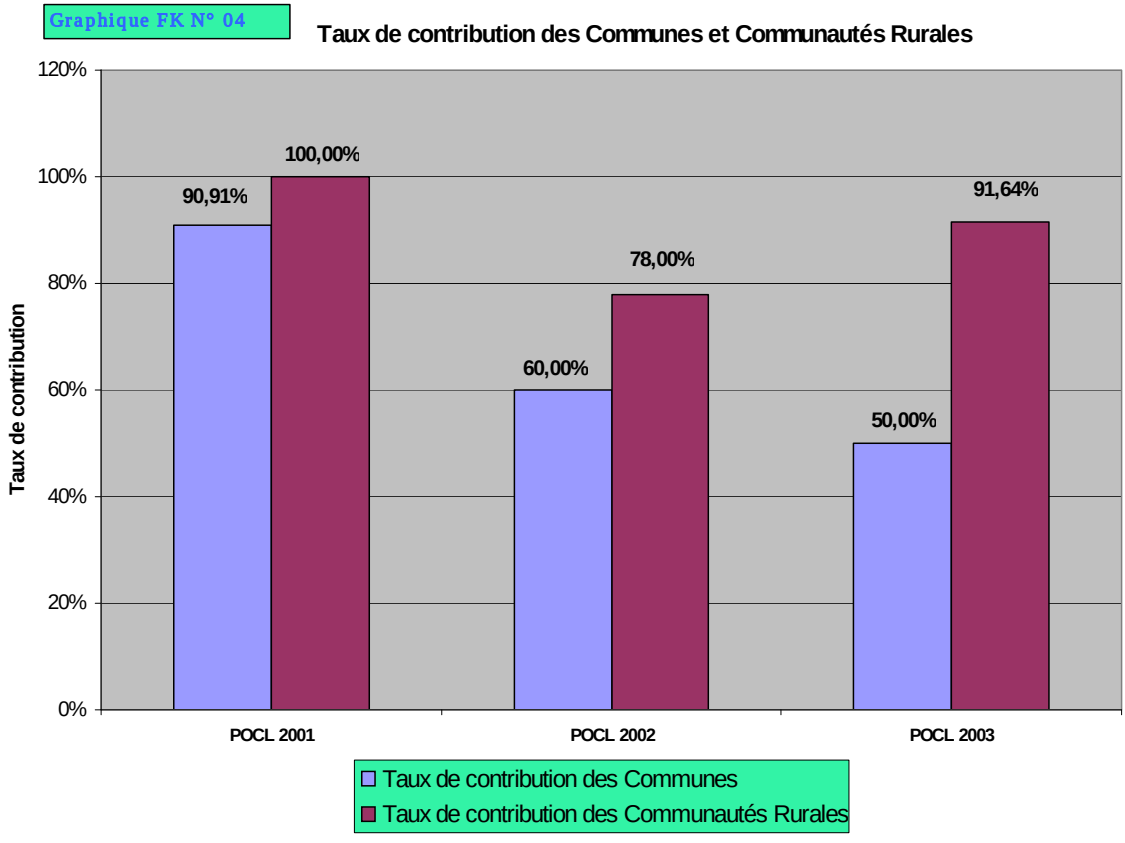

Graphique FK N° 02



Graphique FK N° 03

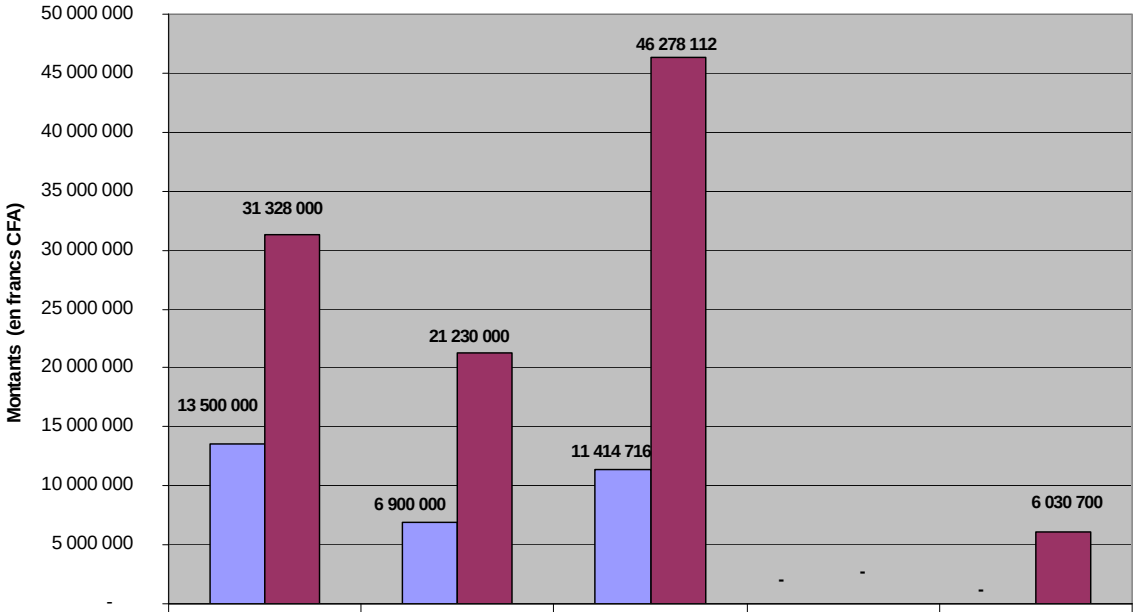



Graphique FK N° 04



Graphique FK N° 05

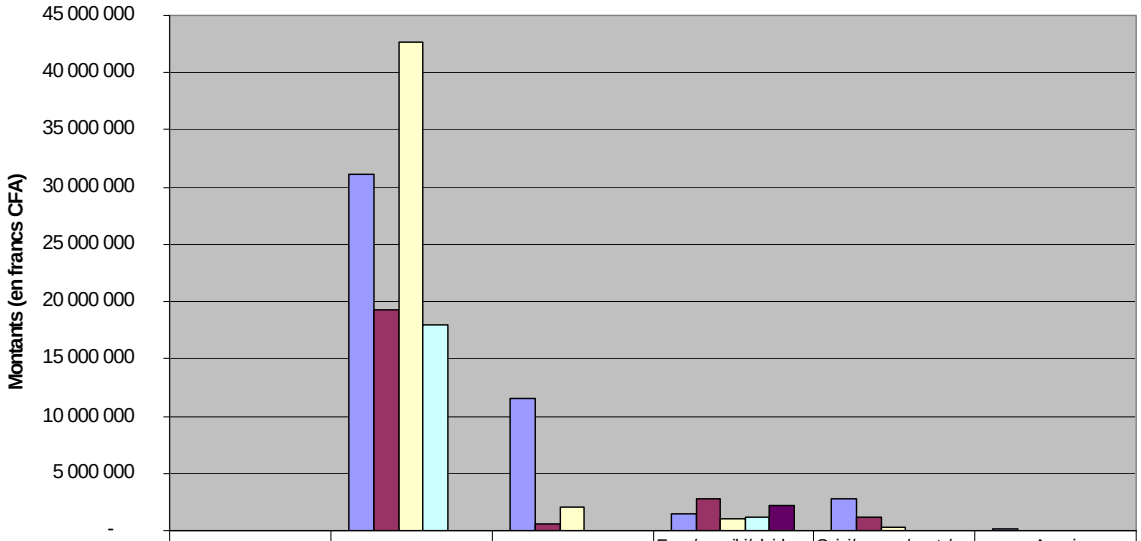
## Ressources mobilisées par les CL et DISC




| | POCL 2001 | POCL 2002 | POCL 2003 | | POCL 2005 |
|---|---|---|---|---|---|
| FCL | 13 500 000 | 6 900 000 | 11 414 716 | - | - |
| DISC | 31 328 000 | 21 230 000 | 46 278 112 | - | 6 030 700 |

Graphique FK N° 06

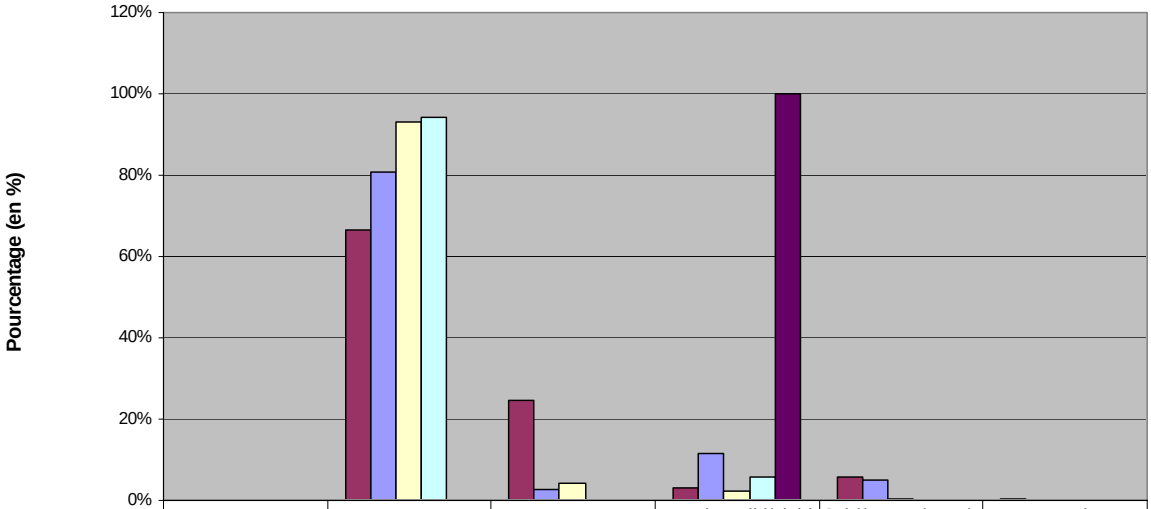
## Répartition des depenses par Rubrique et par POCL




| | Ress Humaines | Investissements | Fonctionnement | Form/sensibi/plaidoyer | Suivi/superv/contr/coord | Appui Communautaire |
|---|---|---|---|---|---|---|
| POCL 2001 | - | 31 135 631 | 11 484 808 | 1 390 000 | 2 773 000 | 130 000 |
| POCL 2002 | | 19 311 264 | 647 000 | 2 779 217 | 1 216 400 | - |
| POCL 2003 | - | 42 628 234 | 1 976 716 | 983 000 | 260 000 | - |
| Replanification | - | 18 008 922 | - | 1 102 500 | - | - |
| POCL 2005 | | | | 2 234 700 | | |

Graphique FK N° 07

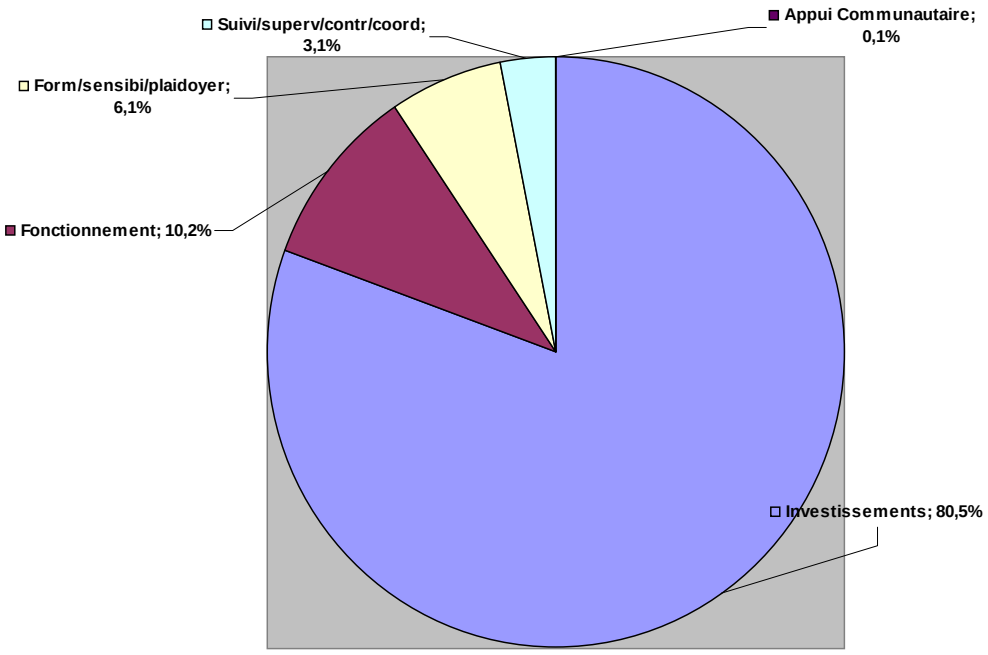
**Répartition des depenses par Rubrique et par POCL**




| | Ress Humaines | Investissements | Fonctionnement | Form/sensibi/plaidoyer | Suivi/superv/contr/coord | Appui Communautaire |
|---|---|---|---|---|---|---|
| POCL 2001 | 0,00% | 66,37% | 24,48% | 2,96% | 5,91% | 0,28% |
| POCL 2002 | 0,00% | 80,62% | 2,70% | 11,60% | 5,08% | 0,00% |
| POCL 2003 | 0,00% | 92,98% | 4,31% | 2,14% | 0,57% | 0,00% |
| Replanification | 0,00% | 94,23% | 0,00% | 5,77% | 0,00% | 0,00% |
| POCL 2005 | 0,00% | 0,00% | 0,00% | 100,00% | 0,00% | 0,00% |

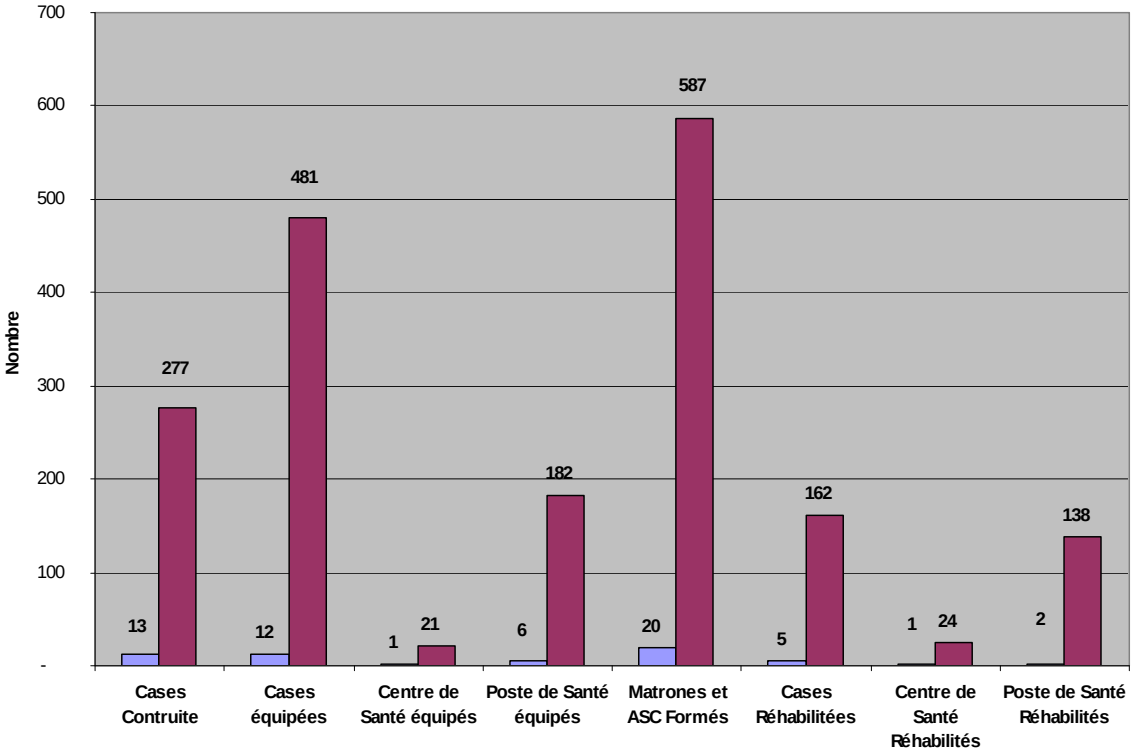
Graphique FK N° 08

**Répartition des dépenses cumulées des POCL par Rubrique**



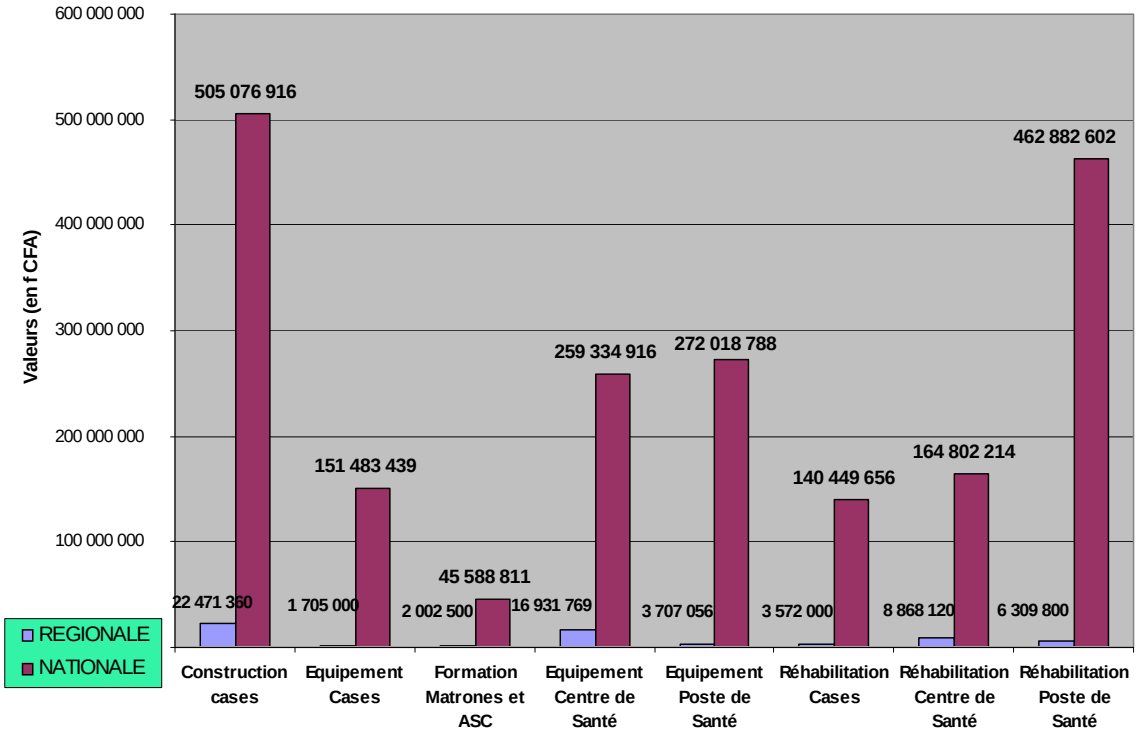
Graphique FK N° 09

REALISATIONS PHYSIQUES DU PROJET DISC : NIVEAU REGIONAL/ NATIONAL




Graphique FK N° 10

COUT DES REALISATIONS PHYSIQUES DU PROJET DISC : REGIONAL/ NATIONAL



# ANNEXE 5

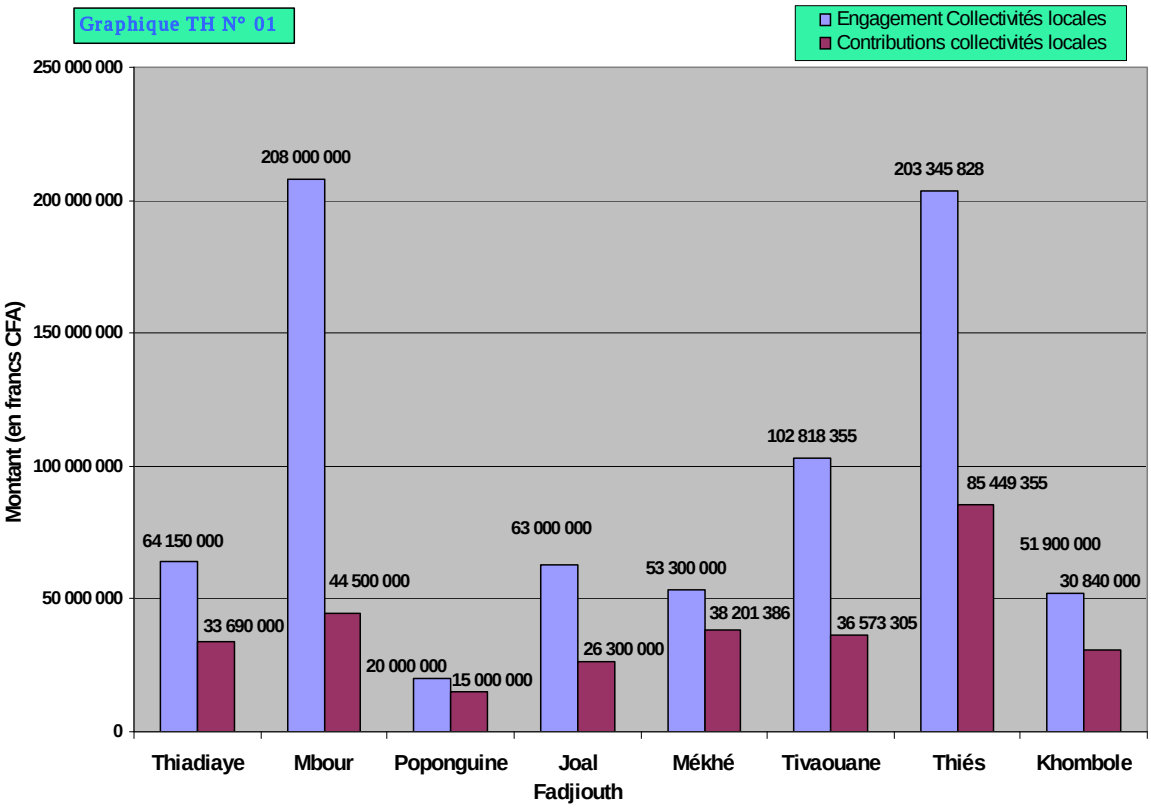
# BILAN DES PLANS D'OPERATIONS DES COLLECTIVITES LOCALES DE LA REGION DE THIES

DISTRICTS SANITAIRES DE :

1. THIES
2. KHOMBOLE
3. TIVAOUANE
4. MEKHE
5. THIADIAYE
6. MBOUR
7. JOAL FADIOUTH
8. POPENGUINE

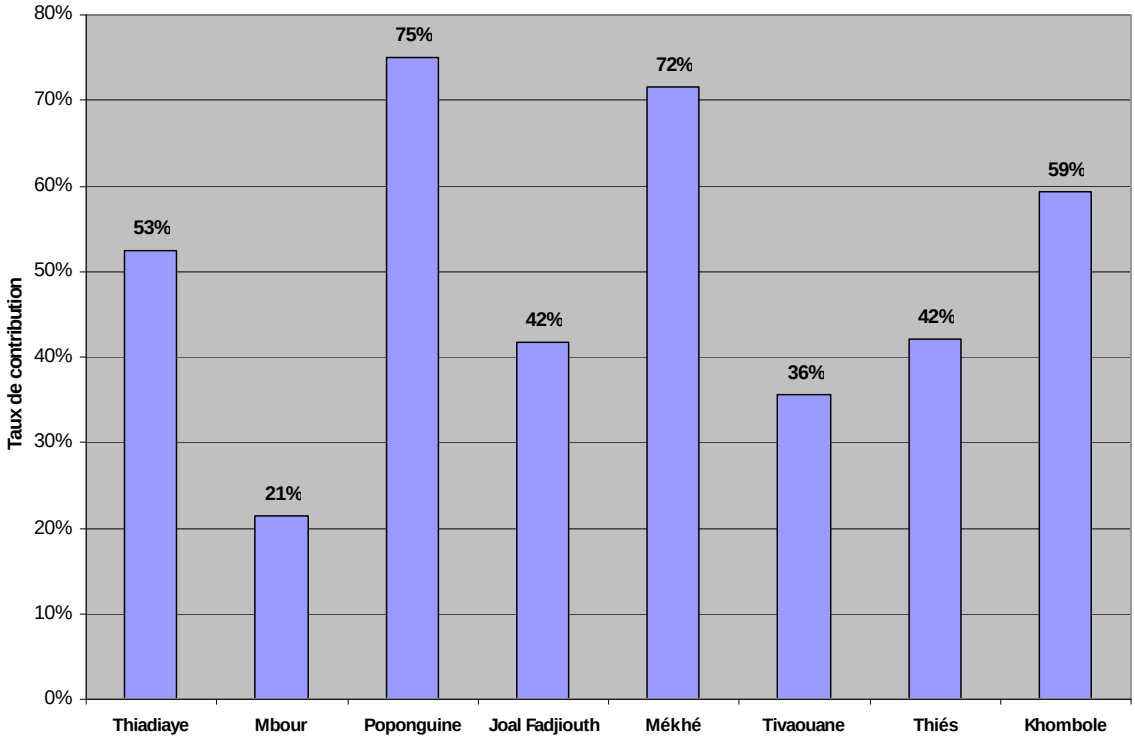
Engagements et contributions des Collectivités Locales

Graphique TH N° 01

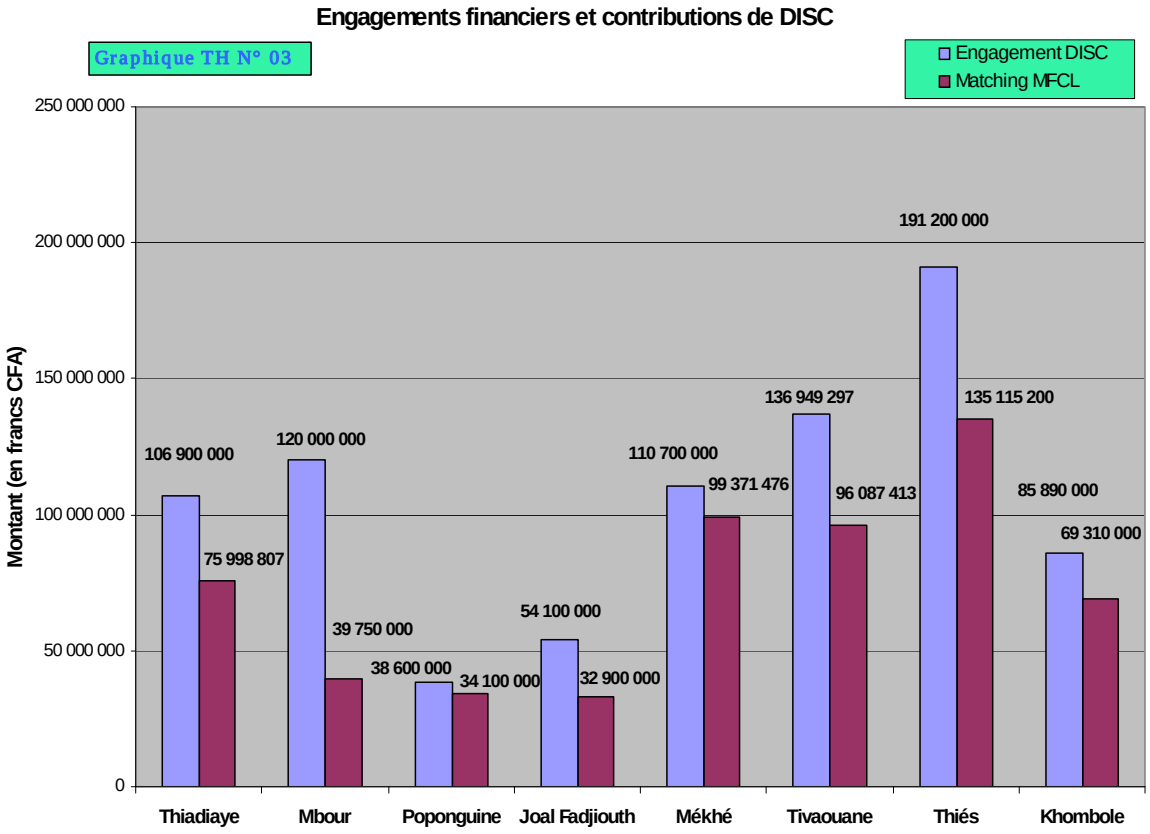



Graphique TH N° 02

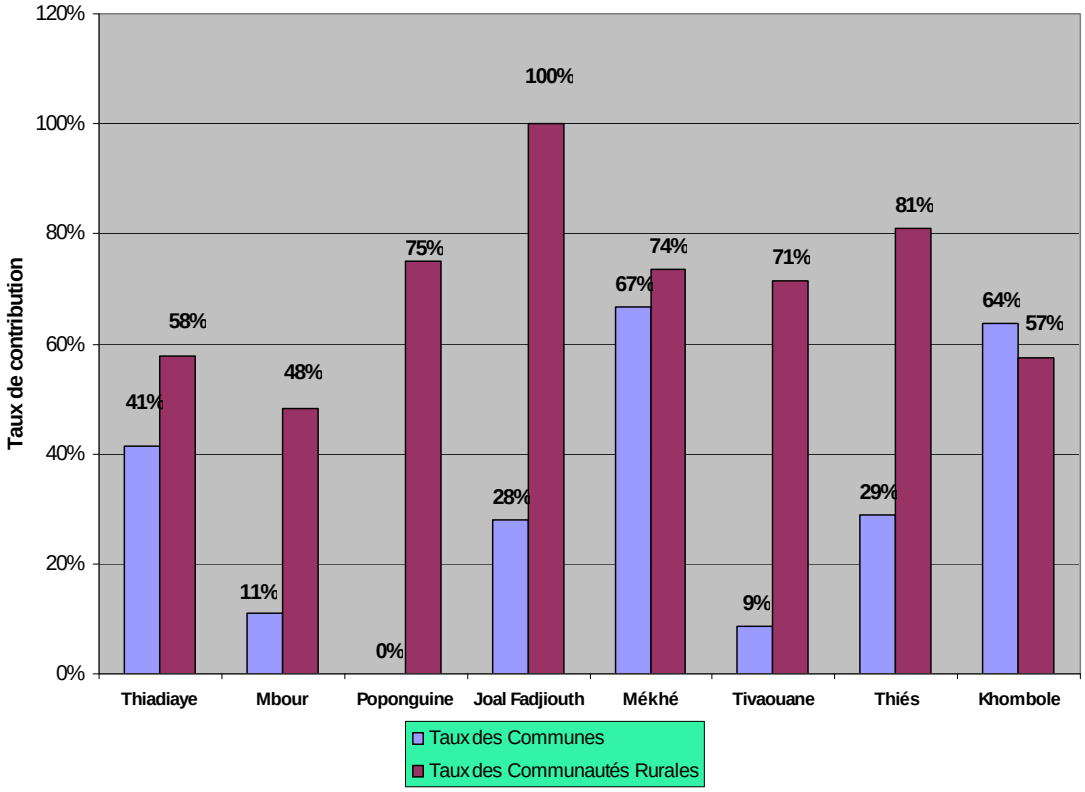
Taux de contribution des Collectivités Locales



Graphique TH N° 03

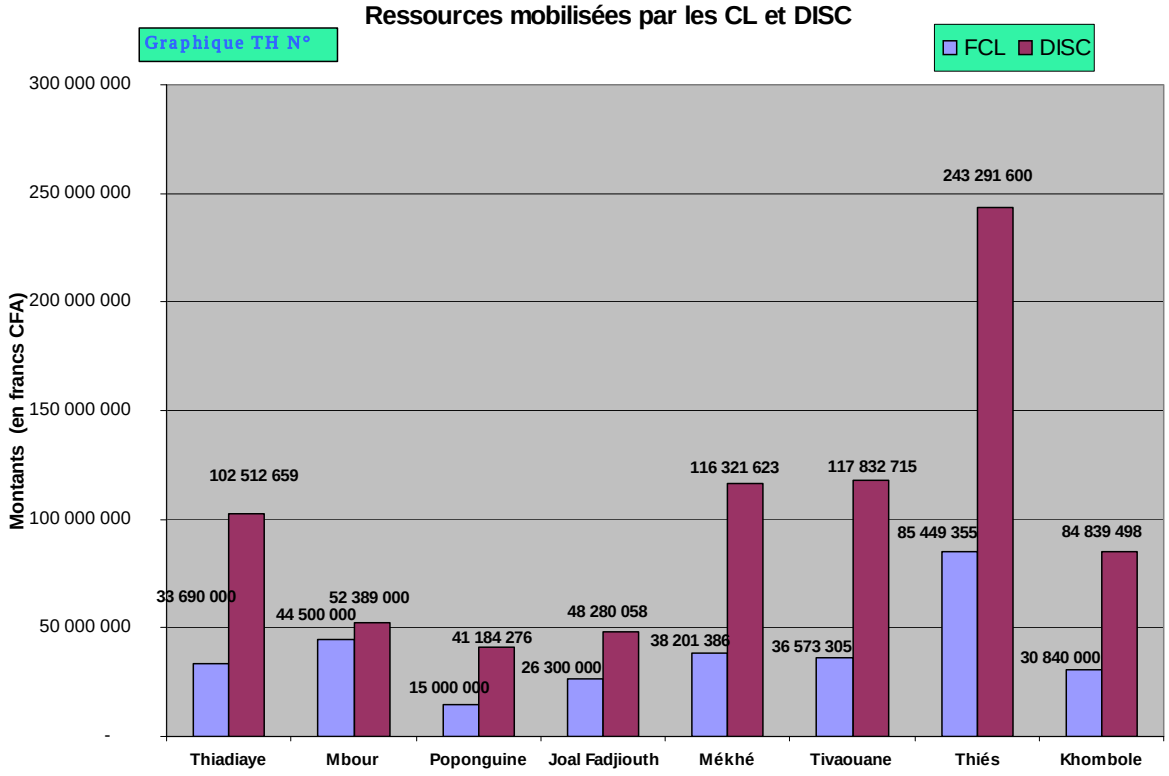



Graphique TH N° 04



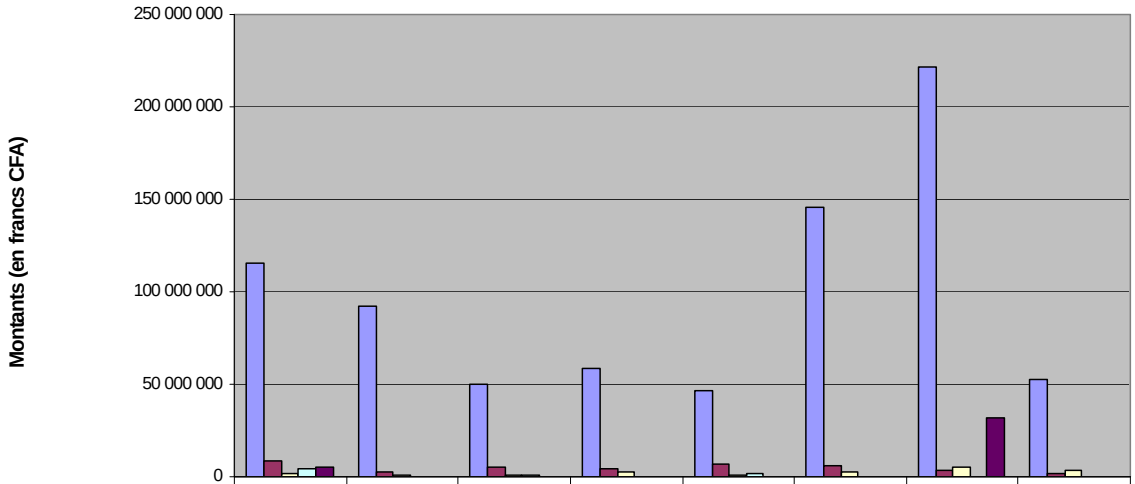
**Ressources mobilisées par les CL et DISC**

Graphique TH N°




**Répartition des depenses par Rubrique et par District**

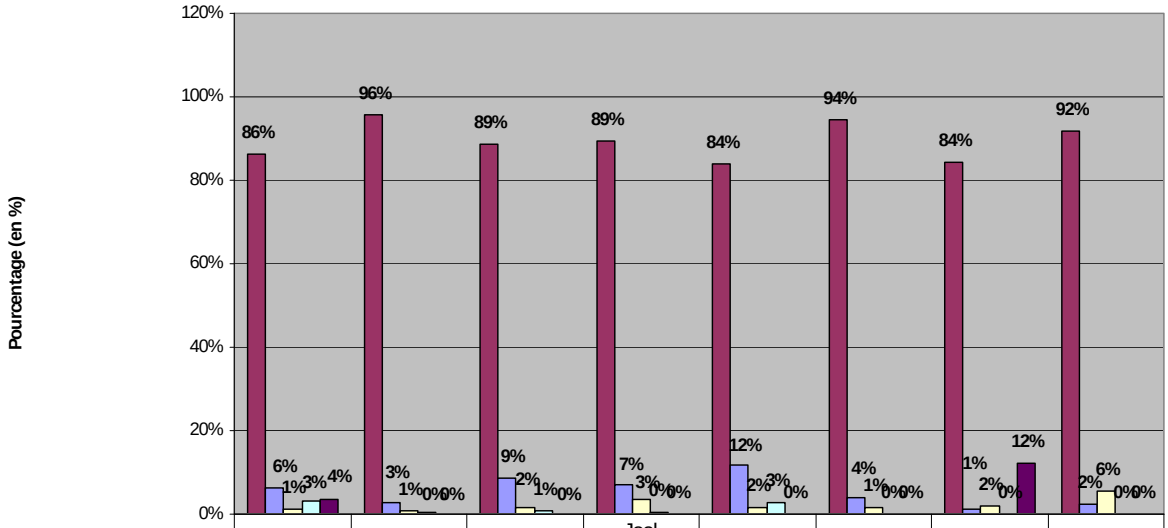
Graphique TH N° 06




| | Thiadiaye | Mbour | Poponguine | Joal Fadjiouth | Mékhé | Tivaouane | Thiés | Khombole |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Investissements | 115 902 322 | 92 228 060 | 49 789 095 | 58 678 975 | 46 271 320 | 145 900 248 | 221 147 787 | 52 659 193 |
| Fonctionnement | 8 370 830 | 2 820 000 | 4 947 490 | 4 539 005 | 6 473 750 | 6 062 308 | 3 506 300 | 1 392 816 |
| Form/sensibi/plaidoyer | 1 507 336 | 880 000 | 871 300 | 2 228 450 | 930 000 | 2 183 504 | 4 850 000 | 3 160 850 |
| Suivi/superv/contr/coord | 4 000 900 | 380 000 | 470 000 | 192 000 | 1 491 600 | 248 000 | 245 000 | 112 000 |
| Appui Institutionnel | 4 811 000 | | | | 0 | | 32 048 699 | |

Graphique TH N° 07

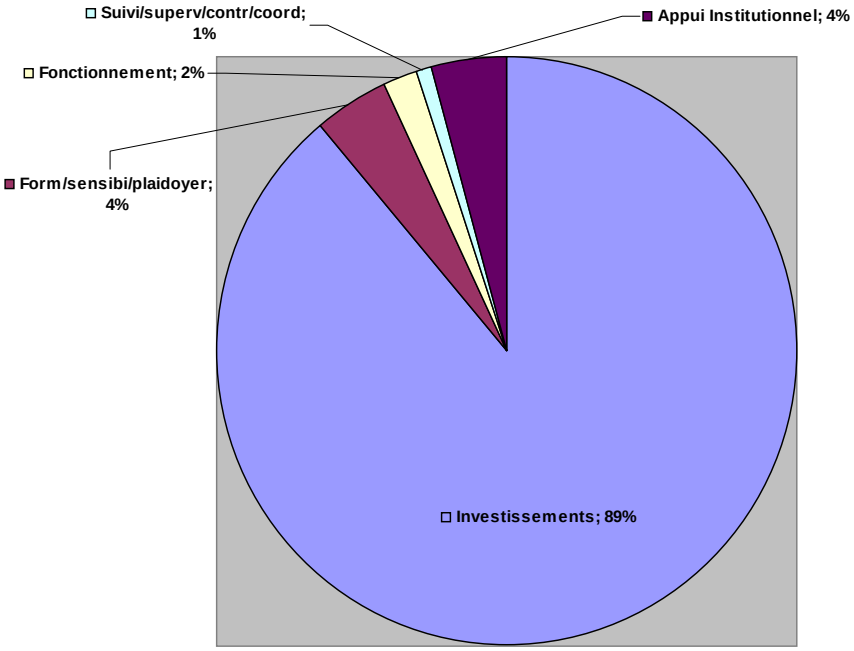
**Répartition des depenses par Rubrique et par District**




| | Thiadiaye | Mbour | Poponguine | Joal Fadjiouth | Mékhé | Tivaouane | Thiés | Khombole |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Investissements | 86,1% | 95,8% | 88,8% | 89,4% | 83,9% | 94,5% | 84,5% | 91,9% |
| Fonctionnement | 6,2% | 2,9% | 8,8% | 6,9% | 11,7% | 3,9% | 1,3% | 2,4% |
| Form/sensibi/plaidoyer | 1,1% | 0,9% | 1,6% | 3,4% | 1,7% | 1,4% | 1,9% | 5,5% |
| Suivi/superv/contr/coord | 3,0% | 0,4% | 0,8% | 0,3% | 2,7% | 0,2% | 0,1% | 0,2% |
| Appui Institutionnel | 3,6% | 0,0% | 0,0% | 0,0% | 0,0% | 0,0% | 12,2% | 0,0% |

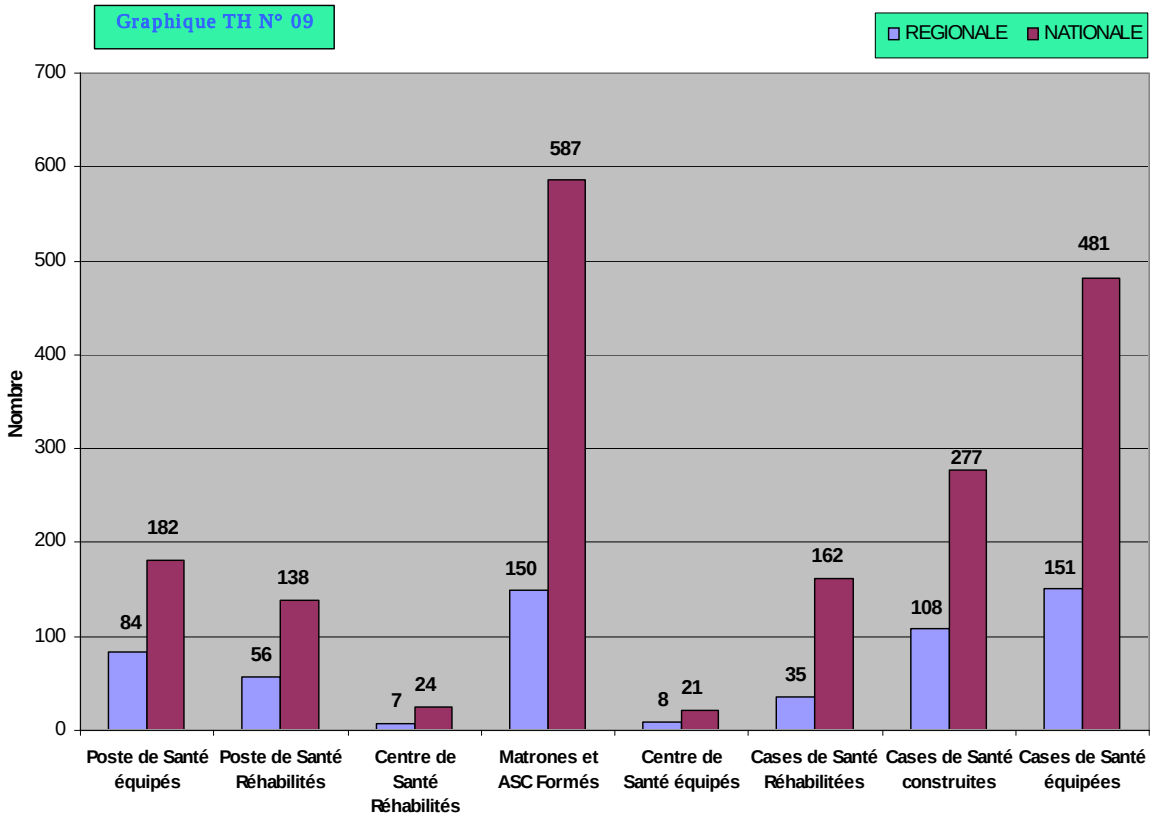
Graphique TH N° 08

**Répartition des dépenses cumulées des POCL par Rubrique**



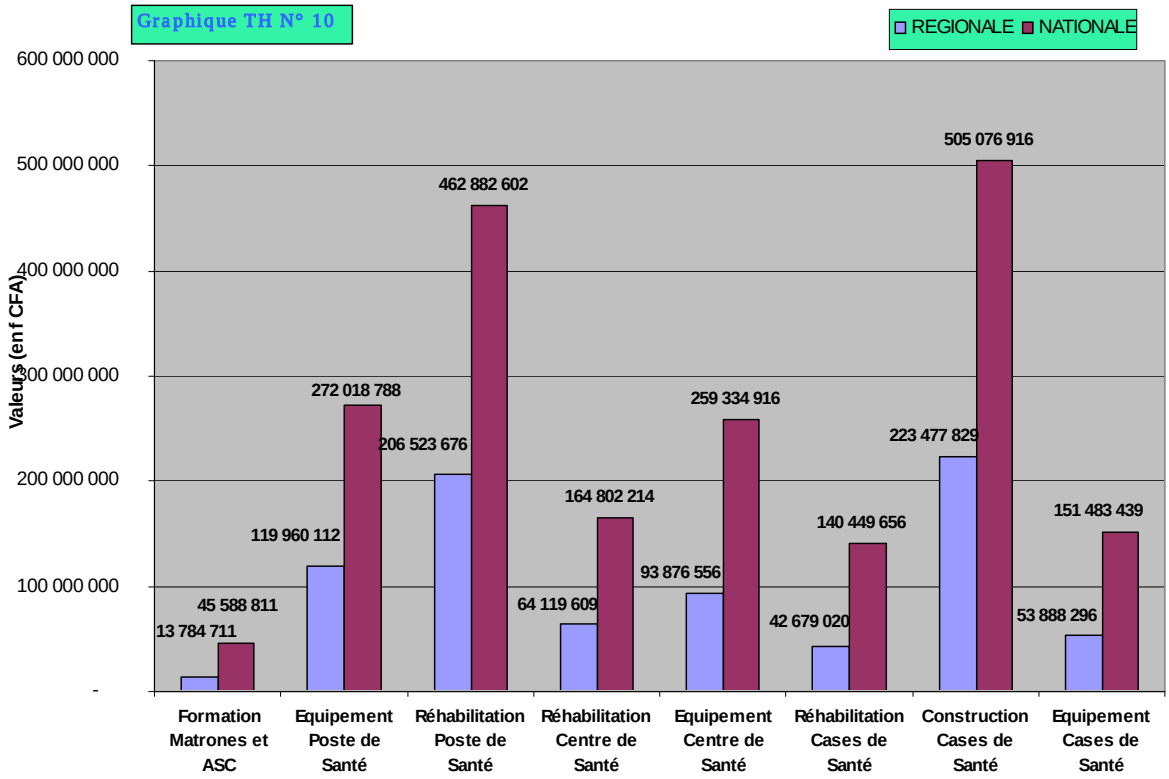
REALISATIONS PHYSIQUES DU PROJET DISC AU NIVEAU REGIONAL/NATIONAL

Graphique TH N° 09




COUT DES REALISATIONS PHYSIQUES AU NIVEAU REGIONAL/NATIONAL

Graphique TH N° 10



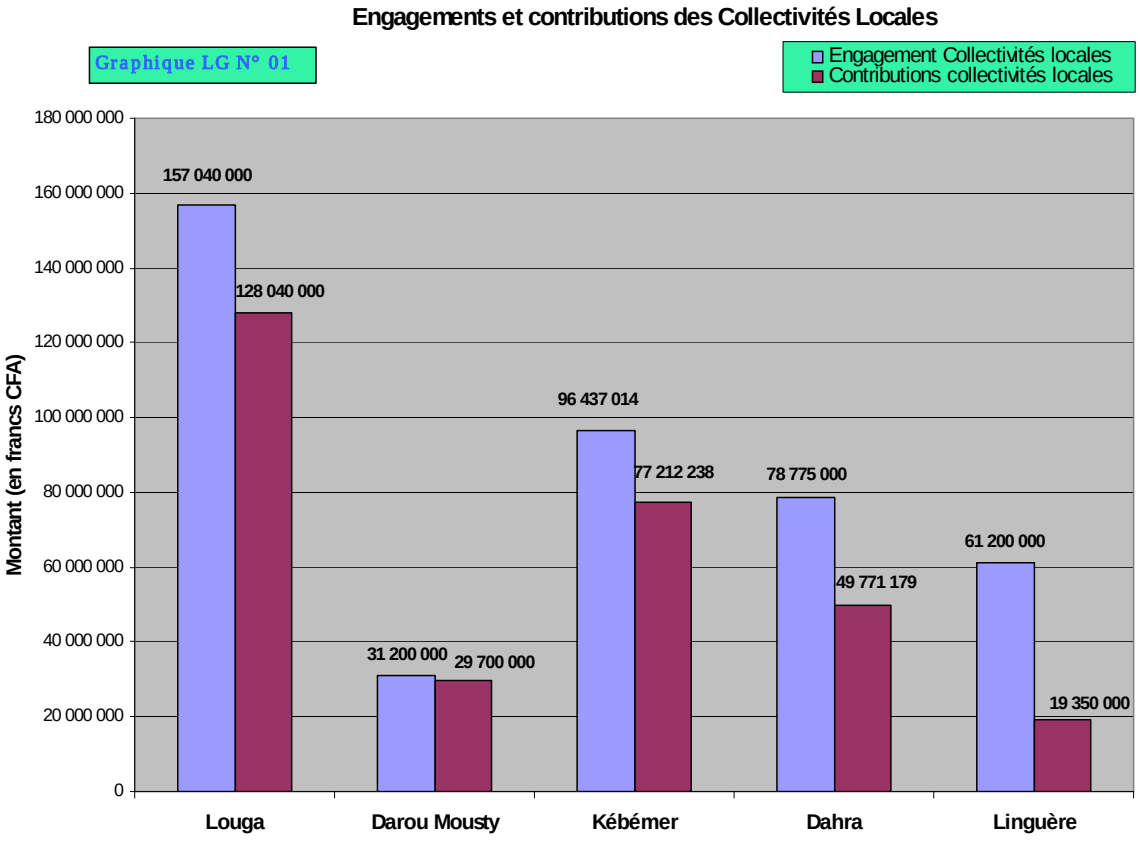
# ANNEXE 6

# BILAN DES PLANS D'OPERATIONS DES COLLECTIVITES LOCALES DE LA REGION DE LOUGA

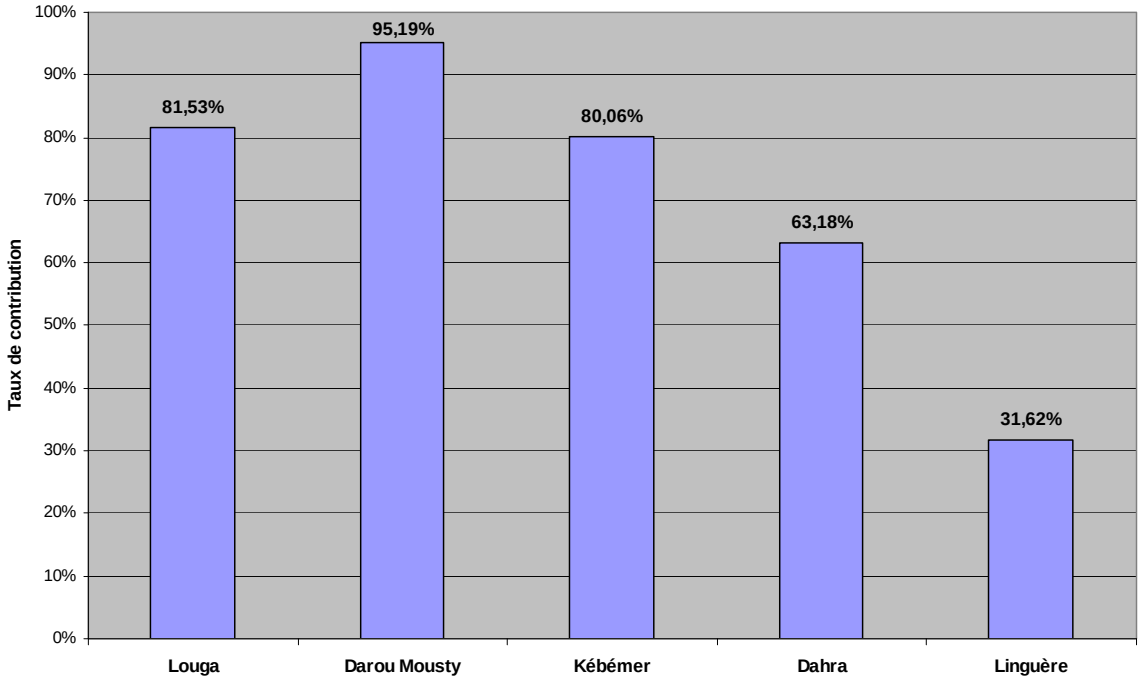
DISTRICTS SANITAIRES DE :

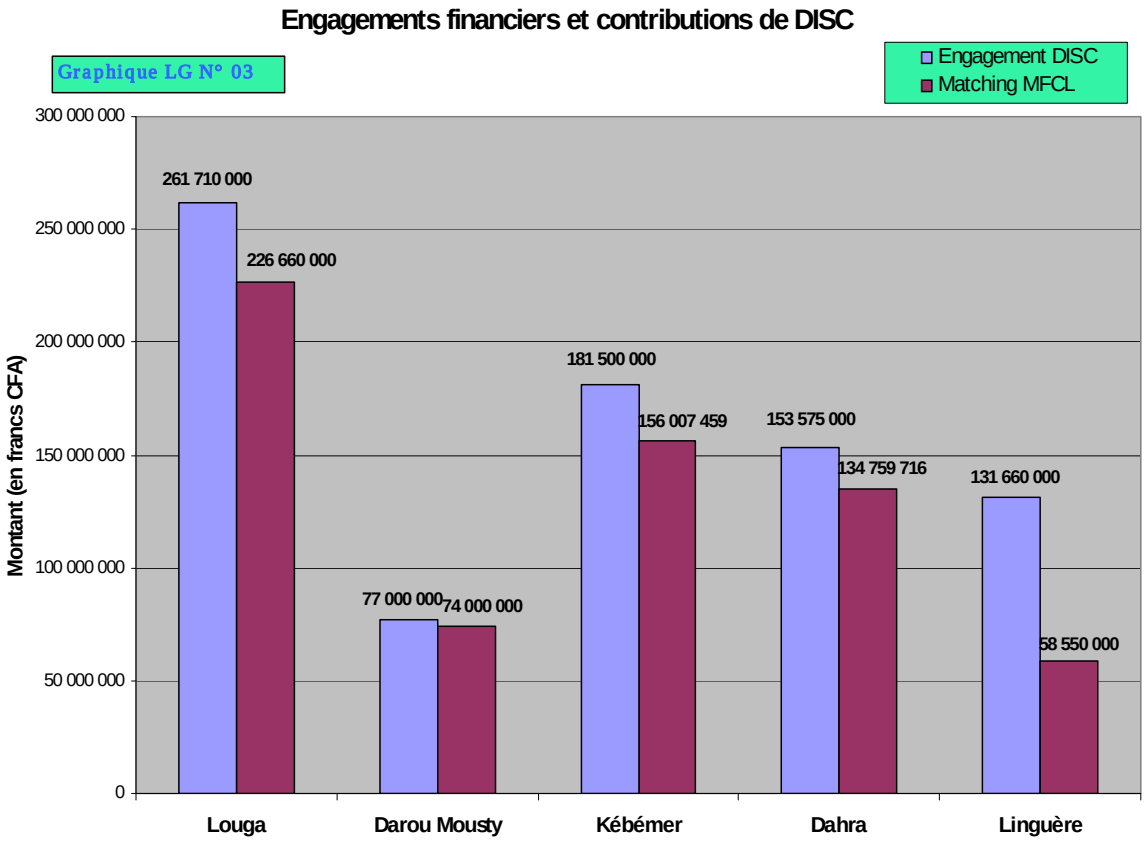
1. LOUGA
2. KEBEMER
3. DAROU MOUSTY
4. DAHRA
5. LINGUERE

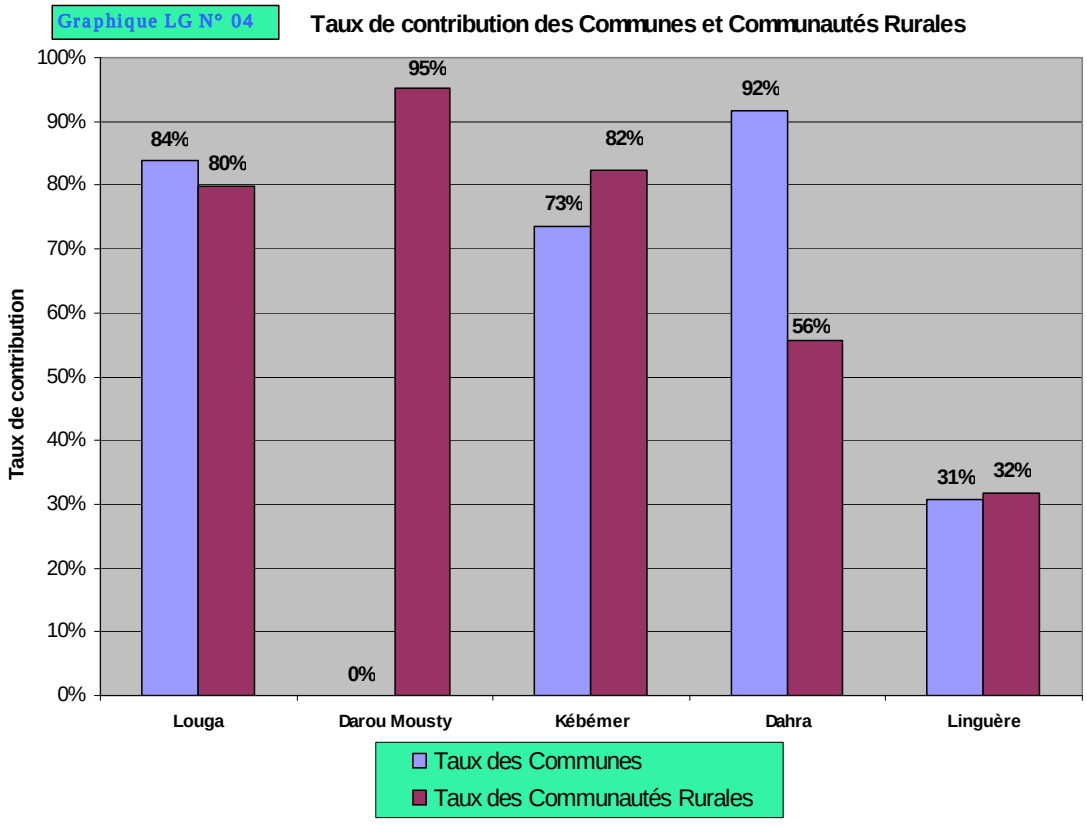
Graphique LG N° 01




Graphique LG N° 02

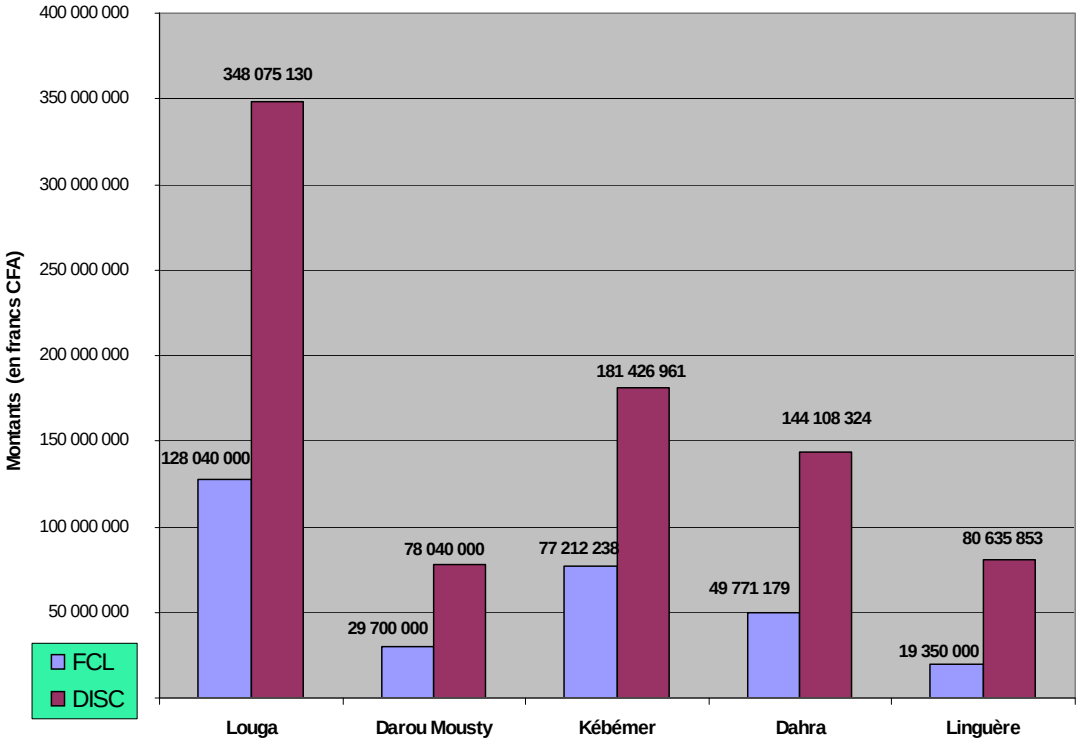



Engagements financiers et contributions de DISC
Graphique LG N° 03
Engagement DISC
Matching MFCL
Montant (en francs CFA)
300 000 000
250 000 000
200 000 000
150 000 000
100 000 000
50 000 000
0
261 710 000
226 660 000
77 000 000
74 000 000
181 500 000
156 007 459
153 575 000
134 759 716
131 660 000
58 550 000
Louga
Darou Mousty
Kébémer
Dahra
Linguère


Graphique LG N° 04
Taux de contribution des Communes et Communautés Rurales
Taux de contribution
100%
90%
80%
70%
60%
50%
40%
30%
20%
10%
0%
84%
80%
0%
95%
73%
82%
92%
56%
31%
32%
Louga
Darou Mousty
Kébémer
Dahra
Linguère
Taux des Communes
Taux des Communautés Rurales

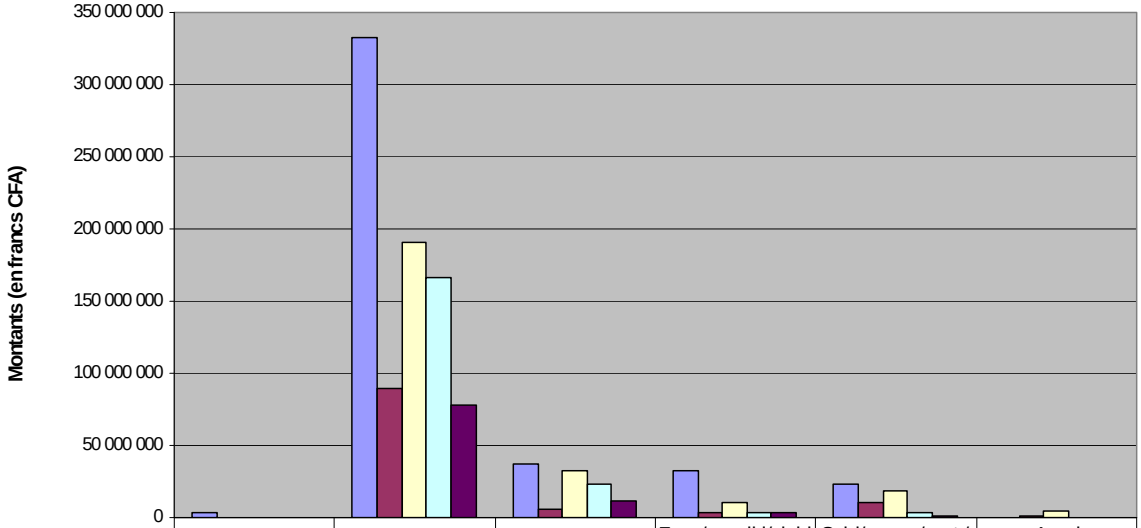
Graphique LG N° 05

## Ressources mobilisées par les CL et DISC



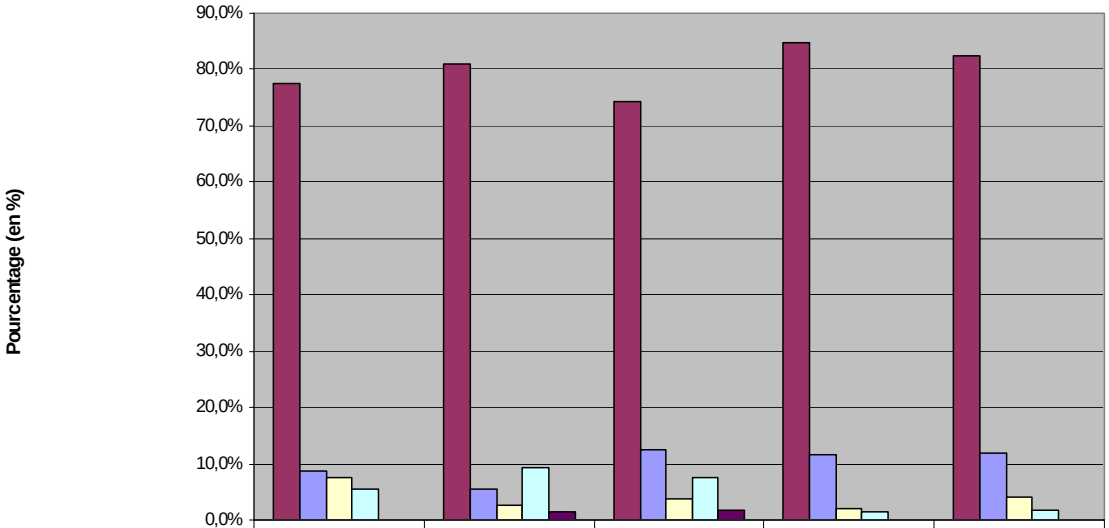

Graphique LG N° 06

## Répartition des depenses par Rubrique et par District Sanitaire



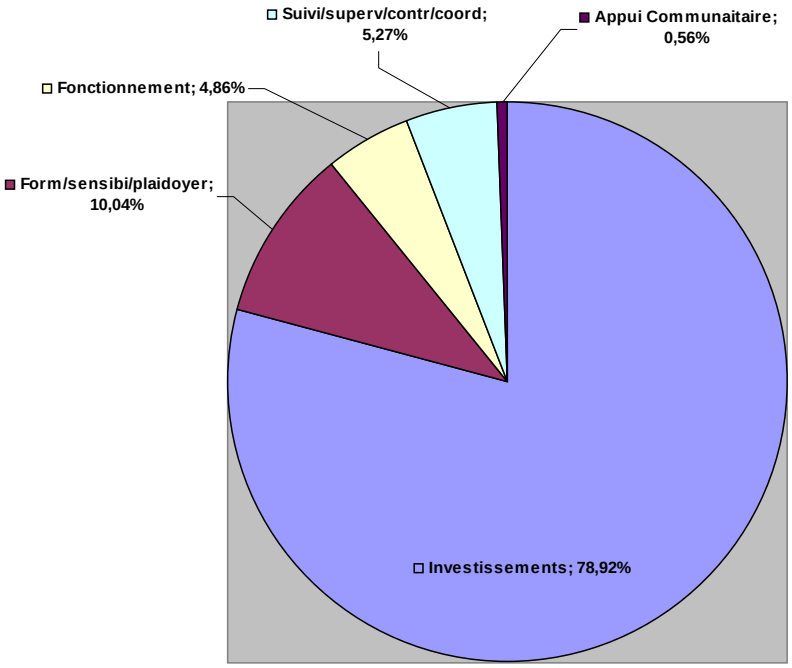

| | Ress Humaines | Investissements | Fonctionnement | Form/sensibi/plaidoyer | Suivi/superv/contr/coord | Appui Communaitaire |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Louga | 3 300 000 | 332 440 553 | 36 785 272 | 32 195 740 | 23 344 400 | 0 |
| Darou Mousty | 0 | 89 565 790 | 5 953 700 | 2 911 700 | 10 322 050 | 1 638 000 |
| Kébémer | 540 000 | 191 062 448 | 32 054 598 | 9 999 000 | 19 137 407 | 4 424 000 |
| Dahra | | 166 517 469 | 22 957 562 | 3 957 450 | 2 982 500 | |
| Linguère | | 78 028 253 | 11 340 429 | 3 747 500 | 1 518 000 | 0 |

**Graphique LG N° 07** **Répartition des depenses par Rubrique et par District Sanitaire**

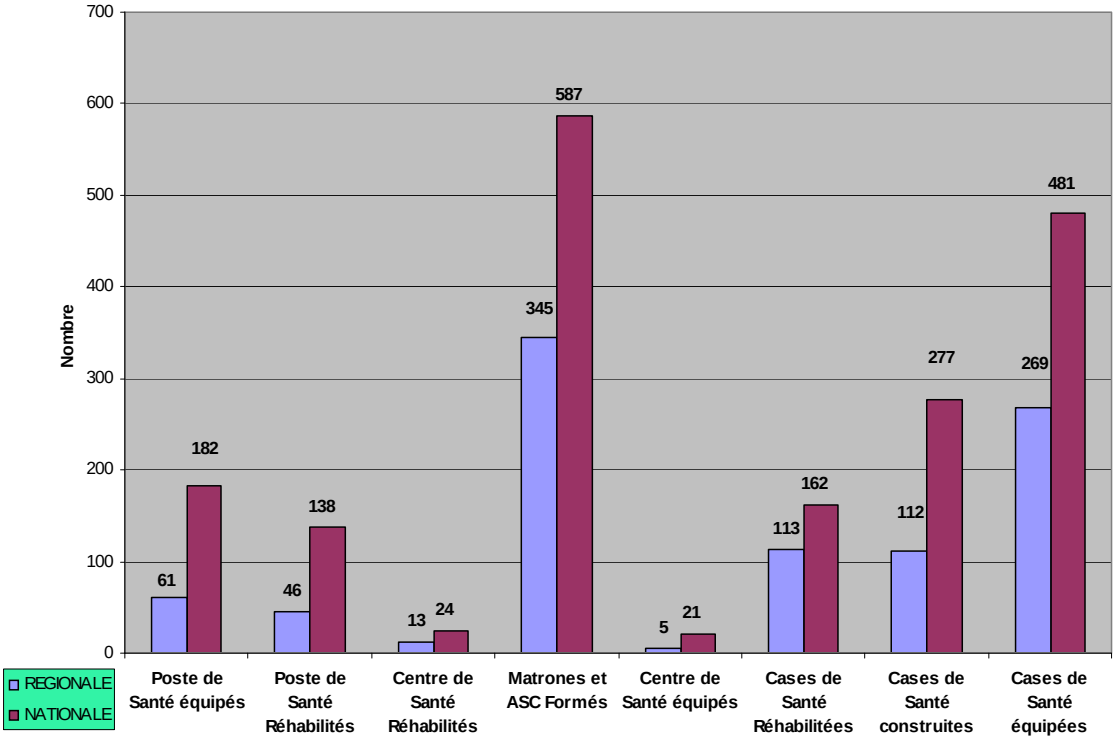



| | Louga | Darou Mousty | Kébémer | Dahra | Linguère |
|---|---|---|---|---|---|
| Investissements | 77,7% | 81,1% | 74,3% | 84,8% | 82,5% |
| Fonctionnement | 8,6% | 5,4% | 12,5% | 11,7% | 12,0% |
| Form/sensibi/plaidoyer | 7,5% | 2,6% | 3,9% | 2,0% | 4,0% |
| Suivi/superv/contr/coord | 5,5% | 9,4% | 7,4% | 1,5% | 1,6% |
| Appui Communaitaire | 0,0% | 1,5% | 1,7% | 0,0% | 0,0% |

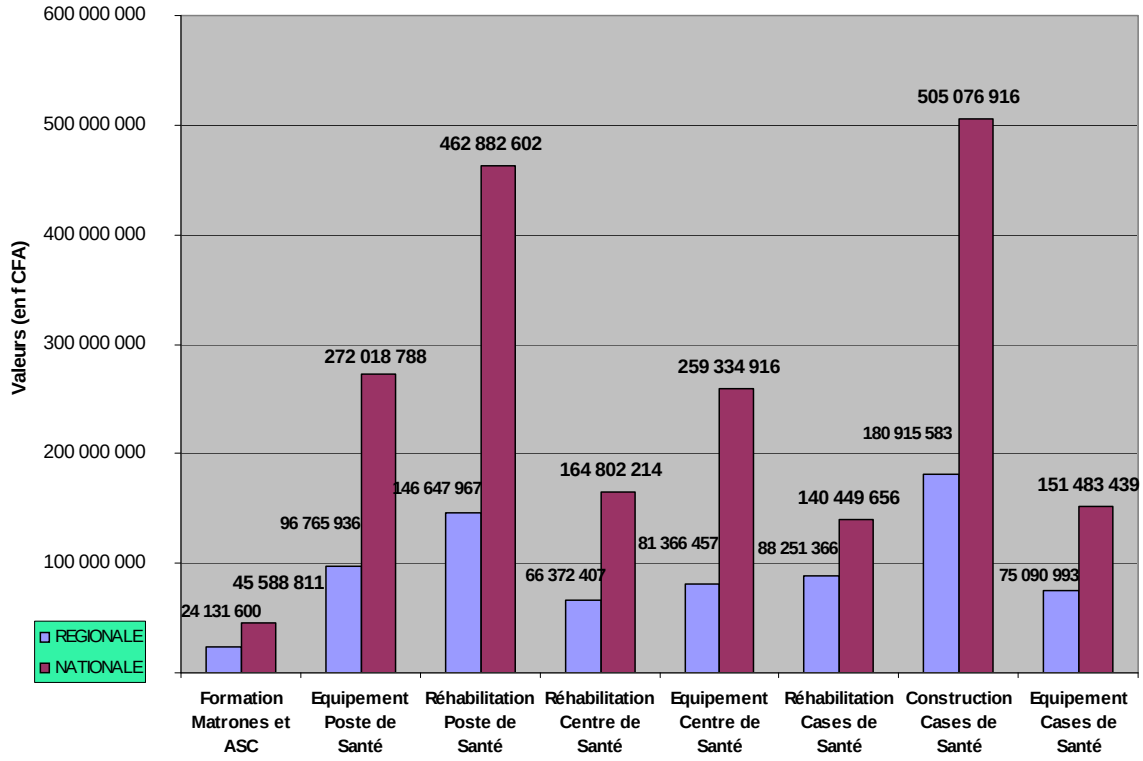
**Graphique LG N° 08** **Répartition des dépenses cumulées des POCL par Rubrique**



Graphique LG N° 09 REALISATIONS PHYSIQUES DU PROJET DISC AU NIVEAU REGIONAL/ NATIONAL




Graphique LG N° 10 COUT DES REALISATIONS PHYSIQUES AU NIVEAU REGIONAL/ NATIONAL



# ANNEXE 7

## BILAN COMPTABLE DE L'EXECUTION DES 1ère et 2nde CONVENTIONS CL-ARPV

# PREMIERE CONVENTION COLLECTIVITES LOCALES-ARPV (JUIL 2004 - SEPT 2005)

| A | REGION DE LOUGA |
|---|---|

| | | Année 2004 | | | | | Année 2005 | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **District Sanitaire de Darou Mousty** | **D.A** | Virement effectué le | **3ème** Trim 2004 | Virement effectué le | **4ème** Trim 2004 | Virement effectué le | **1er** Trim 2005 | Virement effectué le | **2ème** Trim 2005 | Virement effectué le | **3ème** Trim 2005 | Virement effectué le | Montant versé/ARPV |
| 1 | Darou Mousty | 294 312 | 29-sept-04 | | | 588 625 | 2-mars-05 | 463 625 | 2-mai-05 | 413 625 | 20-juil-05 | 394 313 | 17-nov-05 | **1 860 188** |
| 2 | Ndoyenne | 207 344 | 29-sept-04 | | | 414 688 | 2-mars-05 | 289 688 | 12-avr-05 | 239 688 | 11-juil-05 | 307 344 | 24-nov-05 | **1 251 408** |
| 3 | ouba Mérina | 207 344 | 29-sept-04 | | | 414 688 | 2-mars-05 | 289 688 | 2-mai-05 | 239 688 | 20-juil-05 | 307 344 | 24-nov-05 | **1 251 408** |
| 4 | Sam Yabal | 205 750 | 29-sept-04 | | | 411 500 | 2-mars-05 | 291 500 | 2-mai-05 | 241 500 | 30-sept-05 | 305 750 | 15-déc-05 | **1 250 250** |
| 5 | Mbadiane | 197 219 | 29-sept-04 | | | 394 438 | 2-mars-05 | 269 438 | 2-mai-05 | 219 438 | 30-sept-05 | 297 219 | 24-nov-05 | **1 180 533** |
| 6 | Darou Marnane | 240 250 | 14-oct-04 | | | 480 500 | 2-mars-05 | 355 500 | 20-avr-05 | 305 500 | 30-sept-05 | 340 250 | 15-déc-05 | **1 481 750** |
| **Montant Total Versé aux collectivités locales du District Sanitaire** | | | | | | | | | | | | | | **8 275 537** |
| **2** | **District Sanitaire de Louga** | **D.A** | Virement effectué le | **3ème** Trim 2004 | Virement effectué le | **4ème** Trim 2004 | Virement effectué le | **1er** Trim 2005 | Virement effectué le | **2ème** Trim 2005 | Virement effectué le | **3ème** Trim 2005 | Virement effectué le | Montant versé/ARPV |
| 1 | Louga **1** | 230 280 | 27-oct-04 | | | 460 563 | 30-mars-05 | 435 563 | 9-mai-05 | 385 563 | 6-oct-05 | 330 283 | 15-déc-05 | **1 611 972** |
| 2 | Louga **2** | 214 720 | 14-oct-04 | | | 429 438 | 2-mars-05 | 399 438 | 13-mai-05 | 349 438 | 17-nov-05 | 314 718 | 15-déc-05 | **1 493 032** |
| 3 | Coki | 241 594 | 5-oct-04 | | | 483 188 | 2-mars-05 | 358 188 | 2-mai-05 | 308 188 | 20-juil-05 | 241 594 | 15-déc-05 | **1 391 158** |
| 4 | Gande | 200 810 | 14-oct-04 | | | 401 625 | 2-mars-05 | 276 625 | 12-avr-05 | 226 625 | 11-juil-05 | 300 815 | 17-nov-05 | **1 205 690** |
| 5 | elle Guèye | 214 905 | 14-oct-04 | | | 429 813 | 30-mars-05 | 304 813 | 9-mai-05 | 254 813 | 6-oct-05 | 314 906 | 15-déc-05 | **1 304 345** |
| 6 | Kër Momar Sarr | 205 156 | 19-oct-04 | | | 510 313 | 20-avr-05 | | | 335 313 | 6-oct-05 | 405 157 | 15-déc-05 | **1 250 783** |
| 7 | Léona | 266 905 | 30-sept-04 | | | 533 813 | 30-mars-05 | 408 813 | 23-juin-05 | 358 813 | 6-oct-05 | 366 906 | 27-déc-05 | **1 668 345** |
| 8 | Mbédiène | 224 875 | 14-oct-04 | | | 449 750 | 30-mars-05 | 324 750 | 9-mai-05 | 274 750 | 6-oct-05 | 324 875 | 15-déc-05 | **1 374 125** |
| 9 | Ndiagne | 258 500 | 12-oct-04 | | | 517 000 | 30-mars-05 | 392 000 | 9-mai-05 | 342 000 | 20-juil-05 | 358 500 | 17-nov-05 | **1 609 500** |
| 10 | Nger Malal | 245 406 | 14-oct-04 | | | 490 813 | 30-mars-05 | 365 813 | 2-mai-05 | 315 813 | 6-oct-05 | 345 407 | 17-nov-05 | **1 517 846** |
| 11 | Ngeune Sarr | 227 469 | 29-sept-04 | | | 454 938 | 2-mars-05 | 329 938 | 2-mai-05 | 279 938 | 6-oct-05 | 327 469 | 15-déc-05 | **1 392 283** |
| 12 | Nguidilla | 242 594 | 14-oct-04 | | | 485 188 | 30-mars-05 | 360 188 | 2-mai-05 | 310 188 | 6-oct-05 | 342 594 | 15-déc-05 | **1 498 158** |
| 13 | Niomre | 237 530 | 27-oct-04 | | | 475 063 | 2-mars-05 | 350 063 | 2-mai-05 | 300 063 | 6-oct-05 | 337 533 | 15-déc-05 | **1 462 722** |
| 14 | Pété Warack | 138 782 | 29-sept-04 | | | 277 563 | 30-mars-05 | 197 563 | 13-mai-05 | 147 563 | 6-oct-05 | 238 781 | 15-déc-05 | **861 470** |
| 15 | Sakal | 255 625 | 29-sept-04 | | | 511 250 | 30-mars-05 | 386 250 | 19-mars-05 | 336 250 | 6-oct-05 | 355 625 | 15-déc-05 | **1 589 375** |
| 16 | Syer | 200 250 | 14-oct-04 | | | | | | | 225 500 | 20-juil-05 | 300 250 | 15-déc-05 | **525 750** |
| 17 | Thiamène | 224 500 | 14-oct-04 | | | 449 000 | 30-mars-05 | 324 000 | 9-mai-05 | 274 000 | 6-oct-05 | 324 500 | 27-déc-05 | **1 371 500** |
| **Montant Total Versé aux collectivités locales du District Sanitaire** | | | | | | | | | | | | | | **23 128 054** |
| **3** | **District Saniatire de Kébémer** | **D.A** | Virement effectué le | **3ème** Trim 2004 | Virement effectué le | **4ème** Trim 2004 | Virement effectué le | **1er** Trim 2005 | Virement effectué le | **2ème** Trim 2005 | Virement effectué le | **3ème** Trim 2005 | Virement effectué le | Montant versé/ARPV |
| 1 | Kébémer | 123 375 | 29-sept-04 | | | 246 750 | 18-mars-05 | 216 750 | 9-mai-05 | 166 750 | 6-oct-05 | 223 375 | 24-nov-05 | **853 625** |
| 2 | Bandègne | 225 344 | 29-sept-04 | | | 450 688 | 2-mars-05 | 325 688 | 20-avr-05 | 275 688 | 20-juil-05 | 325 344 | 17-nov-05 | **1 377 408** |
| 3 | Cab Gaye | 207 282 | 29-sept-04 | | | 414 563 | 2-mars-05 | 289 563 | 20-avr-05 | 239 563 | 20-juil-05 | 307 281 | 17-nov-05 | **1 250 970** |

| | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 4 | Diokoul | 223 782 | 29-sept-04 | | | 447 563 | 2-mars-05 | 322 563 | 9-mai-05 | 272 563 | 20-juil-05 | 323 781 | 17-nov-05 | **1 366 470** |
| 5 | Guéoul | 239 969 | 29-sept-04 | | | 479 938 | 2-mars-05 | 354 938 | 13-mai-05 | 304 938 | 20-juil-05 | 339 969 | 17-nov-05 | **1 479 783** |
| 6 | kanène NDiob | 206 500 | 29-sept-04 | | | 413 000 | 2-mars-05 | 288 000 | 9-mai-05 | 238 000 | 20-juil-05 | 306 500 | 17-nov-05 | **1 245 500** |
| 7 | Loro | 205 750 | 29-sept-04 | | | 411 500 | 2-mars-05 | 286 500 | 20-avr-05 | 236 500 | 11-juil-05 | 305 750 | 17-nov-05 | **1 240 250** |
| 8 | Ndande | 254 000 | 29-sept-04 | | | 508 000 | 2-mars-05 | 383 000 | 9-mai-05 | 333 000 | 20-juil-05 | 354 000 | 24-nov-05 | **1 578 000** |
| 9 | Sagatta Ngueth | 228 219 | 29-sept-04 | | | 456 438 | 2-mars-05 | 331 438 | 9-mai-05 | 281 438 | 20-juil-05 | 328 219 | 17-nov-05 | **1 397 533** |
| 10 | Thieppe | 216 032 | 29-sept-04 | | | 432 063 | 18-mars-05 | 307 063 | 9-mai-05 | 257 063 | 20-juil-05 | 316 031 | 15-déc-05 | **1 312 220** |
| 11 | Thiolom Fall | 252 188 | 29-sept-04 | | | 504 375 | 18-mars-05 | 379 375 | 9-mai-05 | 329 375 | 20-juil-05 | 352 187 | 24-nov-05 | **1 565 312** |
| **Montant Total Versé aux collectivités locales du District Sanitaire** | | | | | | | | | | | | | | **14 667 071** |
| **4** | **District Sanitaire de Linguère** | **D.A** | Virement effectué le | **3ème** Trim 2004 | Virement effectué le | **4ème** Trim 2004 | Virement effectué le | **1er** Trim 2005 | Virement effectué le | **2ème** Trim 2005 | Virement effectué le | **3ème** Trim 2005 | Virement effectué le | Montant versé/ARPV |
| 1 | Linguère | 110 600 | 23-nov-04 | | | 221 375 | 2-mars-05 | 201 375 | 20-avr-05 | 151 375 | 30-sept-05 | 210 775 | 24-nov-05 | **784 900** |
| 2 | Thiargny | 227 655 | 19-oct-04 | | | 455 313 | 2-mars-05 | 330 313 | 20-avr-05 | 280 313 | 30-sept-05 | 327 658 | 24-nov-05 | **1 393 597** |
| 3 | Dodji | 229 060 | 14-oct-04 | | | 458 125 | 2-mars-05 | 333 000 | 2-mai-05 | 283 125 | 30-sept-05 | 329 065 | 24-nov-05 | **1 403 315** |
| 4 | Thielle | 213 900 | 14-oct-04 | | | 427 813 | 18-mars-05 | 302 813 | 9-mai-05 | 252 813 | 30-sept-05 | 313 913 | 24-nov-05 | **1 297 352** |
| 5 | Labgar | 203 680 | 14-oct-04 | | | 407 375 | 2-mars-05 | 282 375 | 19-mars-05 | 232 375 | 15-déc-05 | 303 695 | 15-déc-05 | **1 225 820** |
| 6 | Gassane | 251 000 | 27-oct-04 | | | 502 000 | 18-mars-05 | 377 000 | 2-mai-05 | 327 000 | 30-sept-05 | 351 000 | 17-nov-05 | **1 557 000** |
| 7 | Warkhokh | 237 840 | 14-oct-04 | | | 475 688 | 2-mars-05 | 350 688 | 20-avr-05 | 300 688 | 30-sept-05 | 337 848 | 17-nov-05 | **1 464 912** |
| 8 | Barkédji | 257 460 | 14-oct-04 | | | 514 938 | 2-mars-05 | 389 938 | 20-avr-05 | 339 938 | 30-sept-05 | 357 478 | 17-nov-05 | **1 602 292** |
| **Montant Total Versé aux collectivités locales du District Sanitaire** | | | | | | | | | | | | | | **10 729 188** |
| **5** | **District Sanitaire de Dahra** | **D.A** | Virement effectué le | **3ème** Trim 2004 | Virement effectué le | **4ème** Trim 2004 | Virement effectué le | **1er** Trim 2005 | Virement effectué le | **2ème** Trim 2005 | Virement effectué le | **3ème** Trim 2005 | Virement effectué le | Montant versé/ARPV |
| 1 | Dahra | 149 469 | 19-oct-04 | | | 298 938 | 18-mars-05 | 268 938 | 9-mai-05 | 218 938 | 6-oct-05 | 249 469 | 15-déc-05 | **1 036 283** |
| 2 | Boulal | 270 065 | 8-oct-04 | 540 125 | 2-mars-05 | 440 125 | 2-mars-05 | 315 125 | 20-avr-05 | 265 125 | 6-oct-05 | 270 060 | 15-déc-05 | **1 830 560** |
| 3 | Déaly | 239 344 | 29-sept-04 | | | 478 688 | 2-mars-05 | 353 688 | 19-mars-05 | 303 688 | 6-oct-05 | 339 344 | 27-déc-05 | **1 475 408** |
| 4 | Kamb | 227 660 | 19-oct-04 | | | 455 313 | 2-mars-05 | 330 313 | 20-avr-05 | 280 313 | 6-oct-05 | 327 653 | 15-déc-05 | **1 393 592** |
| 5 | Mbeuleukhé | 210 219 | 19-oct-04 | | | 420 438 | 2-mars-05 | 295 438 | 12-avr-05 | 245 438 | 20-juil-05 | 310 219 | 15-déc-05 | **1 271 533** |
| 6 | Mboula | 262 536 | 8-oct-04 | 523 750 | 23-nov-04 | 425 063 | 2-mars-05 | 300 063 | 2-mai-05 | 250 063 | 20-juil-05 | 262 527 | 15-déc-05 | **1 761 466** |
| 7 | Sagatta Djolof | 243 090 | 19-oct-04 | | | 486 188 | 2-mars-05 | 361 188 | 20-avr-05 | 311 188 | 6-oct-05 | 343 098 | 15-déc-05 | **1 501 662** |
| 8 | Tessekéré | 206 500 | 19-oct-04 | | | 413 000 | 2-mars-05 | 288 000 | 20-avr-05 | 238 000 | 20-juil-05 | 306 500 | 15-déc-05 | **1 245 500** |
| 9 | Thiamène | 234 280 | 27-oct-04 | | | 468 563 | 18-mars-05 | 343 563 | 20-avr-05 | 293 563 | 20-juil-05 | 334 283 | 15-déc-05 | **1 439 972** |
| **Montant Total Versé aux collectivités locales du District Sanitaire** | | | | | | | | | | | | | | **12 955 976** |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| **B** | **REGION DE THIES** | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| **1** | **District Sanitaire de Thiès** | **D.A** | Virement effectué le | **3ème** Trim 2004 | Virement effectué le | **4ème** Trim 2004 | Virement effectué le | **1er** Trim 2005 | Virement effectué le | **2ème** Trim 2005 | Virement effectué le | **3ème** Trim 2005 | Virement effectué le | Montant versé/ARPV |
| 1 | Thiès Zone I | 271 969 | 19-oct-04 | | | 543 938 | 2-mars-05 | 488 938 | 9-mars-05 | 438 938 | 30-sept-05 | 371 969 | 24-nov-05 | **1 843 783** |
| | Thiès Zone II | 263 187 | 19-oct-04 | | | 526 375 | 2-mars-05 | 486 375 | 9-mars-05 | 436 375 | 30-sept-05 | 363 188 | 24-nov-05 | **1 812 313** |
| | Thiès Zone III | 214 719 | 19-oct-04 | | | 429 438 | 2-mars-05 | 399 438 | 9-mars-05 | 349 438 | 30-sept-05 | 314 719 | 15-déc-05 | **1 493 033** |
| | hiès Zone IV | 312 060 | 19-oct-04 | | | 624 125 | 2-mars-05 | 594 125 | 9-mars-05 | 544 125 | 20-juil-05 | 412 065 | 24-nov-05 | **2 174 440** |
| | Thiès Zone V | 253 094 | 19-oct-04 | | | 506 188 | 2-mars-05 | 481 188 | 9-mars-05 | 431 188 | 30-sept-05 | 353 094 | 24-nov-05 | **1 771 658** |
| | Thiès Zone VI | 234 687 | 19-oct-04 | | | 469 375 | 2-mars-05 | 409 375 | 13-mai-05 | 359 375 | 30-sept-05 | 334 688 | 24-nov-05 | **1 572 813** |
| 2 | Cayar | 146 500 | 19-oct-04 | | | 293 000 | 2-mars-05 | 248 000 | 20-avr-05 | 198 000 | 20-juil-05 | 246 500 | 17-nov-05 | **985 500** |

| | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 3 | Pout | 197 875 | 18-janv-05 | | | | | 395 750 | 20-avr-05 | 345 750 | 17-nov-05 | 367 875 | 15-déc-05 | **1 109 375** |
| 4 | Diender | 329 906 | 19-oct-04 | | | 659 813 | 18-mars-05 | 534 813 | 12-avr-05 | 484 813 | 30-sept-05 | 429 907 | 17-nov-05 | **2 109 346** |
| 5 | Fandène | 251 532 | 19-oct-04 | | | 503 063 | 2-mars-05 | 378 063 | 13-mai-05 | 328 063 | 30-sept-05 | 351 531 | 17-nov-05 | **1 560 720** |
| 6 | Kër Moussa | 268 219 | 19-oct-04 | | | 536 438 | 18-mars-05 | 411 148 | 6-juin-05 | 361 438 | 27-déc-05 | 368 219 | 4-mai-06 | **1 677 243** |
| 7 | Notto Diobass | 290 031 | 27-oct-04 | | | 643 813 | 18-mars-05 | 518 813 | 19-mars-05 | 568 813 | 30-sept-05 | 453 782 | 24-nov-05 | **2 185 221** |
| 8 | Tassette | 265 250 | 14-oct-04 | | | 530 500 | 2-mars-05 | 405 500 | 20-avr-05 | 355 500 | 30-sept-05 | 365 250 | 24-nov-05 | **1 656 750** |
| **Montant Total Versé aux collectivités locales du District Sanitaire** | | | | | | | | | | | | | | **21 952 195** |
| **2** | **District Sanitaire de Thiadiaye** | **D.A** | Virement effectué le | **3ème** Trim 2004 | Virement effectué le | **4ème** Trim 2004 | Virement effectué le | **1er** Trim 2005 | Virement effectué le | **2ème** Trim 2005 | Virement effectué le | **3ème** Trim 2005 | Virement effectué le | Montant versé/ARPV |
| 1 | Thiadiaye | 109 932 | 27-oct-04 | | | 249 563 | 2-mars-05 | 219 563 | 20-avr-05 | 169 563 | 6-oct-05 | 239 631 | 17-nov-05 | **878 320** |
| 2 | Fissel Mbadane | 311 750 | 27-oct-04 | | | 623 500 | 2-mars-05 | 498 500 | 2-mai-05 | 448 500 | 20-juil-05 | 411 750 | 15-déc-05 | **1 982 250** |
| 3 | Ndiaganiao | 361 063 | 29-oct-04 | | | 722 125 | 2-mars-05 | 597 125 | 20-avr-05 | 547 125 | 6-oct-05 | 461 062 | 17-nov-05 | **2 327 437** |
| 4 | Sandiara | 306 063 | 4-nov-04 | | | 612 125 | 18-mars-05 | 502 125 | 20-avr-05 | 452 125 | 20-juil-05 | 406 062 | 15-déc-05 | **1 972 437** |
| 5 | Sessène | 254 625 | 27-oct-04 | | | 509 250 | 2-mars-05 | 414 250 | 12-avr-05 | 364 250 | 20-juil-05 | 354 625 | 15-déc-05 | **1 642 375** |
| **Montant Total Versé aux collectivités locales du District Sanitaire** | | | | | | | | | | | | | | **8 802 819** |
| **3** | **District Sanitaire de Joal-Fadhiouth** | **D.A** | Virement effectué le | **3ème** Trim 2004 | Virement effectué le | **4ème** Trim 2004 | Virement effectué le | **1er** Trim 2005 | Virement effectué le | **2ème** Trim 2005 | Virement effectué le | **3ème** Trim 2005 | Virement effectué le | Montant versé/ARPV |
| 1 | Joal-Fadhiouth | 328 250 | 27-oct-04 | | | 656 500 | 18-mars-05 | 541 500 | 9-mars-05 | 491 500 | 6-oct-05 | 428 250 | 17-nov-05 | **2 117 750** |
| 2 | Nguénième | 284 063 | 19-oct-04 | | | 568 125 | 18-mars-05 | 453 125 | 12-avr-05 | 403 125 | 20-juil-05 | 384 062 | 17-nov-05 | **1 808 437** |
| **Montant Total Versé aux collectivités locales du District Sanitaire** | | | | | | | | | | | | | | **3 926 187** |
| **4** | **District Sanitaire de Poponguine** | **D.A** | Virement effectué le | **3ème** Trim 2004 | Virement effectué le | **4ème** Trim 2004 | Virement effectué le | **1er** Trim 2005 | Virement effectué le | **2ème** Trim 2005 | Virement effectué le | **3ème** Trim 2005 | Virement effectué le | Montant versé/ARPV |
| 1 | Diass | 282 906 | 30-sept-04 | | | 565 813 | 2-mars-05 | 470 813 | 12-avr-05 | 420 813 | 20-juil-05 | 382 907 | 17-nov-05 | **1 840 346** |
| 2 | Sindia | 309 032 | 27-oct-04 | | | 618 063 | 2-mars-05 | 523 063 | 20-avr-05 | 473 063 | 6-oct-05 | 409 031 | 24-nov-05 | **2 023 220** |
| **Montant Total Versé aux collectivités locales du District Sanitaire** | | | | | | | | | | | | | | **3 863 566** |
| **5** | **District Saniatire de Mbour** | **D.A** | Virement effectué le | **3ème** Trim 2004 | Virement effectué le | **4ème** Trim 2004 | Virement effectué le | **1er** Trim 2005 | Virement effectué le | **2ème** Trim 2005 | Virement effectué le | **3ème** Trim 2005 | Virement effectué le | Montant versé/ARPV |
| 1 | Mbour **1** | 233 438 | 27-oct-04 | | | 466 875 | 2-mars-05 | 456 875 | 9-mars-05 | 406 875 | 6-oct-05 | 333 437 | 17-nov-05 | **1 664 062** |
| | Mbour **2** | 210 782 | 14-oct-04 | | | 421 563 | 2-mars-05 | 405 563 | 20-avr-05 | 356 563 | 6-oct-05 | 310 781 | 17-nov-05 | **1 494 470** |
| | Mbour **3** | 143 688 | 14-oct-04 | | | 287 375 | 2-mars-05 | 277 000 | 9-mars-05 | 227 375 | 6-oct-05 | 243 687 | 15-déc-05 | **1 035 437** |
| | Mbour **4** | 256 469 | 14-oct-04 | | | 512 938 | 2-mars-05 | 497 938 | 20-avr-05 | 447 938 | 20-juil-05 | 356 469 | 17-nov-05 | **1 815 283** |
| 2 | Nguékhokh | 115 250 | 19-oct-04 | | | 230 500 | 2-mars-05 | 210 375 | 20-avr-05 | 160 500 | 6-oct-05 | 215 250 | 15-déc-05 | **816 625** |
| 3 | Malicounda | 330 375 | 27-oct-04 | | | 660 750 | 2-mars-05 | 550 750 | 20-avr-05 | 500 750 | 6-oct-05 | 430 375 | 17-nov-05 | **2 142 625** |
| **Montant Total Versé aux collectivités locales du District Sanitaire** | | | | | | | | | | | | | | **8 968 502** |
| **6** | **District Sanitaire de Khombole** | **D.A** | Virement effectué le | **3ème** Trim 2004 | Virement effectué le | **4ème** Trim 2004 | Virement effectué le | **1er** Trim 2005 | Virement effectué le | **2ème** Trim 2005 | Virement effectué le | **3ème** Trim 2005 | Virement effectué le | Montant versé/ARPV |
| 1 | Khombole | 137 406 | 19-oct-04 | | | 274 813 | 2-mars-05 | 254 813 | 2-mai-05 | 204 813 | 20-juil-05 | 237 407 | 17-nov-05 | 971 846 |
| 2 | Ndiayène Sirah | 276 969 | 19-oct-04 | | | 553 938 | 2-mars-05 | 428 938 | 9-mars-05 | 378 938 | 20-juil-05 | 376 969 | 24-nov-05 | **1 738 783** |
| 3 | Ngoudiane | 170 560 | 18-janv-05 | | | | | 341 125 | 9-mars-05 | 291 125 | 30-sept-05 | 345 565 | 27-déc-05 | **977 815** |

| | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 4 | Thiénéba | 256 969 | 14-oct-04 | | | 513 938 | 2-mars-05 | 388 938 | 9-mars-05 | 388 938 | 30-sept-05 | 356 969 | 24-nov-05 | **1 648 783** |
| 5 | Touba Toul | 356 656 | 19-oct-04 | | | 713 313 | 18-mars-05 | 588 313 | 20-avr-05 | 538 313 | 30-sept-05 | 456 657 | 24-nov-05 | **2 296 596** |
| **Montant Total Versé aux collectivités locales du District Sanitaire** | | | | | | | | | | | | | | **7 633 823** |
| **7** | **District Sanitaire de Tivaouane** | **D.A** | Virement effectué le | **3ème** Trim 2004 | Virement effectué le | **4ème** Trim 2004 | Virement effectué le | **1er** Trim 2005 | Virement effectué le | **2ème** Trim 2005 | Virement effectué le | **3ème** Trim 2005 | Virement effectué le | Montant versé/ARPV |
| 1 | Mboro | 294 312 | 29-oct-04 | | | 588 625 | 18-mars-05 | 463 625 | 1er-juin-2005 | 413 625 | 15-déc-05 | 394 313 | 15-déc-05 | **1 860 188** |
| 2 | Tivaouane | 347 720 | 14-oct-04 | | | 695 438 | 12-avr-05 | 575 438 | 2-mai-05 | 525 438 | 15-déc-05 | 447 718 | 15-déc-05 | **2 244 032** |
| 3 | Chérif Lô | 203 219 | 27-oct-04 | | | 529 563 | 18-mars-05 | 404 563 | 19-mars-05 | 354 563 | 30-sept-05 | 426 344 | 24-nov-05 | **1 715 033** |
| 4 | Darou Khoudoss | 362 656 | 3-nov-04 | | | 725 313 | 19-mars-05 | 600 313 | 1er-juin-2005 | 550 313 | 30-sept-05 | 462 657 | 15-déc-05 | **2 338 596** |
| 5 | Méouane | 309 969 | 14-oct-04 | | | 619 938 | 18-mars-05 | 494 938 | 2-mai-05 | 444 938 | 20-juil-05 | 409 969 | 24-nov-05 | **1 969 783** |
| 6 | Mont Rolland | 158 219 | 2-mars-05 | | | | | | | 266 438 | 20-juil-05 | 348 219 | 17-nov-05 | **614 657** |
| 7 | Notto Gouye Diama | 290 031 | 29-oct-04 | | | 580 063 | 30-mars-05 | 455 063 | 13-juin-05 | 405 063 | 17-nov-05 | | | **1 440 189** |
| 8 | Pire Goureye | 236 062 | 14-oct-04 | | | 472 125 | 20-avr-05 | 347 125 | 2-mai-05 | 297 125 | 30-sept-05 | 336 063 | 24-nov-05 | **1 452 438** |
| 9 | Taïba Ndiaye | 281 937 | 14-oct-04 | | | 563 875 | 18-mars-05 | 438 875 | 2-mai-05 | 388 875 | 30-sept-05 | 381 938 | 24-nov-05 | **1 773 563** |
| **Montant Total Versé aux collectivités locales du District Sanitaire** | | | | | | | | | | | | | | **15 408 479** |
| **8** | **District Sanitaire de Mékhé** | **D.A** | Virement effectué le | **3ème** Trim 2004 | Virement effectué le | **4ème** Trim 2004 | Virement effectué le | **1er** Trim 2005 | Virement effectué le | **2ème** Trim 2005 | Virement effectué le | **3ème** Trim 2005 | Virement effectué le | Montant versé/ARPV |
| 1 | Mékhé | 146 315 | 14-oct-04 | | | 292 625 | 30-mars-05 | 257 625 | 2-mai-05 | 207 625 | 20-juil-05 | 246 310 | 24-nov-05 | **1 004 185** |
| 2 | Koul | 209 594 | 18-janv-05 | | | | | 419 188 | 19-mars-05 | 369 188 | 20-juil-05 | 434 594 | 17-nov-05 | **1 222 970** |
| 3 | Mbayène | 216 750 | 14-oct-04 | | | 433 500 | 19-mars-05 | 308 500 | 19-mars-05 | 258 500 | 20-juil-05 | 316 750 | 24-nov-05 | **1 317 250** |
| 4 | Mérina Dakhar | 319 781 | 27-oct-04 | | | 639 563 | 2-mars-05 | 514 563 | 1er-juin-2005 | 464 563 | 15-déc-05 | 419 782 | 15-déc-05 | **2 038 471** |
| 5 | Ngadiouf | 277 562 | 14-oct-04 | | | | | | | | | | | |
| 6 | Niakhène | 244 156 | 14-oct-04 | | | 488 313 | 2-mars-05 | 363 313 | 19-mars-05 | 313 313 | 15-déc-05 | 344 157 | 15-déc-05 | **1 509 096** |
| 7 | Pekesse | 275 406 | 14-oct-04 | | | 550 813 | 30-mars-05 | 425 813 | 12-avr-05 | 375 813 | 20-juil-05 | 375 407 | 17-nov-05 | **1 727 846** |
| 8 | Thilmakha | 152 938 | 18-janv-05 | | | | | 305 375 | 2-mai-05 | 255 875 | 6-oct-05 | 377 937 | 17-nov-05 | |
| **Montant Total Versé aux collectivités locales du District Sanitaire** | | | | | | | | | | | | | | **8 819 818** |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| **C** | **REGION DE KAOLACK** | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| **1** | **District Sanitaire de Kaolack** | **D.A** | Virement effectué le | **3ème** Trim 2004 | Virement effectué le | **4ème** Trim 2004 | Virement effectué le | **1er** Trim 2005 | Virement effectué le | **2ème** Trim 2005 | Virement effectué le | **3ème** Trim 2005 | Virement effectué le | Montant versé/ARPV |
| 1 | Kaolack 1 | 242 656 | 31-août-04 | 485 313 | 23-nov-04 | 385 313 | 2-mars-05 | 355 313 | 12-avr-05 | 305 313 | 11-juil-05 | 242 657 | 15-déc-05 | **1 773 909** |
| 2 | Kaolack | 283 094 | 31-août-04 | 566 188 | 23-nov-04 | 466 188 | 2-mars-05 | 441 188 | 12-avr-05 | 391 188 | 11-juil-05 | 283 094 | 17-nov-05 | **2 147 846** |
| 3 | Kaolack 3 | 245 594 | 31-août-04 | 491 188 | 23-nov-04 | 391 188 | 2-mars-05 | 371 188 | 12-avr-05 | 321 188 | 11-juil-05 | 245 594 | 15-déc-05 | **1 820 346** |
| 4 | Kaolack 4 | 274 312 | 31-août-04 | 548 625 | 23-nov-04 | 448 625 | 2-mars-05 | 418 625 | 12-avr-05 | 368 625 | 11-juil-05 | 274 313 | 17-nov-05 | **2 058 813** |
| 5 | Kaolack 5 | 283 094 | 31-août-04 | 566 188 | 23-nov-04 | 466 188 | 2-mars-05 | 441 188 | 12-avr-05 | 391 188 | 11-juil-05 | 283 094 | 17-nov-05 | **2 147 846** |
| 6 | Kahone | 137 282 | 30-sept-04 | | | 274 563 | 2-mars-05 | 219 563 | 20-avr-05 | 169 563 | 6-oct-05 | 237 281 | 17-nov-05 | **900 970** |

| | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 7 | Gandiaye | 134 782 | 14-oct-04 | | | 269 563 | 2-mars-05 | 209 563 | 12-avr-05 | 159 563 | 6-oct-05 | 234 781 | 17-nov-05 | **873 470** |
| 8 | Ndofane | 73 685 | 14-oct-04 | | | 147 375 | 18-janv-05 | 123 375 | 12-avr-05 | 72 375 | 11-juil-05 | 173 690 | 15-déc-05 | **516 815** |
| 9 | Dya | 326 500 | 19-août-04 | 653 000 | 2-mars-05 | 553 000 | 2-mars-05 | 428 000 | 12-avr-05 | 378 000 | 11-juil-05 | 326 500 | 17-nov-05 | **2 338 500** |
| 10 | Kër Baka | 300 875 | 25-août-04 | 601 750 | 23-nov-04 | 501 750 | 2-mars-05 | 376 750 | 2-mai-05 | 326 750 | 17-nov-05 | 300 875 | 17-nov-05 | **2 107 875** |
| 11 | Kër Socé | 271 844 | 19-oct-04 | | | 543 688 | 2-mars-05 | 418 688 | 2-mai-05 | 368 688 | 17-nov-05 | 371 844 | 15-déc-05 | **1 702 908** |
| 12 | Latmingué | 329 406 | 25-août-04 | 658 813 | 10-déc-04 | 558 813 | 2-mars-05 | 433 813 | 19-mars-05 | 383 813 | 6-oct-05 | 329 407 | 15-déc-05 | **2 364 659** |
| 13 | Ndiaffate | 350 812 | 25-août-04 | 701 625 | 18-janv-05 | 601 625 | 2-mai-05 | 476 625 | 2-mai-05 | 426 625 | 20-juil-05 | 350 813 | 17-nov-05 | **2 557 313** |
| 14 | Ndiébel | 224 031 | 25-août-04 | 448 063 | 18-mars-05 | 348 063 | 12-avr-05 | 263 063 | 12-avr-05 | 213 063 | 20-juil-05 | 224 032 | 17-nov-05 | **1 496 284** |
| 15 | Ndiedieng | 239 844 | 19-août-04 | 479 688 | 18-janv-05 | 379 688 | 2-mars-05 | 254 688 | 2-mai-05 | 204 688 | 6-oct-05 | 239 844 | 15-déc-05 | **1 558 596** |
| 16 | Thiaré | 249 032 | 14-oct-04 | | | 498 063 | 2-mars-05 | 373 063 | 12-avr-05 | 323 063 | 11-juil-05 | 349 031 | 17-nov-05 | **1 543 220** |
| 17 | Thiombi | 229 625 | 14-oct-04 | | | 459 250 | 2-mars-05 | 344 250 | 2-mai-05 | 294 250 | 11-juil-05 | 329 625 | 17-nov-05 | **1 427 375** |
| **Montant Total Versé aux collectivités locales du District Sanitaire** | | | | | | | | | | | | | | **29 336 745** |

**REGION DE FATICK**

| **1** | **District Sanitaire de Guinguinéo** | **D.A** | Virement effectué le | **3ème** Trim 2004 | Virement effectué le | **4ème** Trim 2004 | Virement effectué le | **1er** Trim 2005 | Virement effectué le | **2ème** Trim 2005 | Virement effectué le | **3ème** Trim 2005 | Virement effectué le | Montant versé/ARPV |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Guinguinéo | 125 907 | 30-sept-04 | | | 251 813 | 2-mars-05 | 226 813 | 13-mai-05 | 176 813 | 20-juil-05 | 225 906 | 24-nov-05 | **881 345** |
| 2 | Gagnick | 278 531 | 19-août-04 | 557 063 | 10-déc-04 | 457 063 | 2-mars-05 | 332 063 | 13-mai-05 | 282 063 | 17-nov-05 | 278 532 | 24-nov-05 | **1 906 784** |
| 3 | Kër Ndiago | 278 406 | 31-août-04 | 556 813 | 23-nov-04 | 456 813 | 2-mars-05 | 331 813 | 2-mai-05 | 281 813 | 17-nov-05 | 278 407 | 24-nov-05 | **1 905 659** |
| 4 | Mbadakhoune | 278 437 | 19-août-04 | 556 875 | 10-déc-04 | 456 875 | 2-mars-05 | 331 875 | 2-mai-05 | 281 875 | 17-nov-05 | 278 438 | 17-nov-05 | **1 905 938** |
| 5 | Ngathie | 234 781 | 25-août-04 | 469 563 | 23-nov-04 | 369 563 | 2-mars-05 | 274 563 | 2-mai-05 | 224 563 | 20-juil-05 | 234 782 | 15-déc-05 | **1 573 034** |
| **Montant Total Versé aux collectivités locales du District Sanitaire** | | | | | | | | | | | | | | **8 172 760** |

# SECONDE CONVENTION COLLECTIVITES LOCALES-ARPV

| A | REGION DE LOUGA |
|---|---|

**Année 2006**

| 1 | **District Sanitaire de Darou Mousty** | **1er** Trim 2006 | Virement effectué le | **2ème** Trim 2006 | Virement effectué le | Montant versé/ARPV |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Darou Mousty | 665 125 | 4-mai-06 | 840 125 | 11-juiilet 06 | **1 505 250** |
| 2 | Ndoyenne | 528 500 | 4-mai-06 | 703 500 | 11-juiilet 06 | **1 232 000** |
| 3 | Touba Mérina | 528 500 | 4-mai-06 | 703 500 | 11-juiilet 06 | **1 232 000** |
| 4 | Sam Yabal | 518 125 | 4-mai-06 | 688 125 | 11-juiilet 06 | **1 206 250** |
| 5 | Mbadiane | 512 750 | 29-mai-06 | 687 750 | 20-juil-06 | **1 200 500** |
| 6 | Darou Marnane | 580 000 | 4-mai-06 | 755 000 | 11-juiilet 06 | **1 335 000** |
| **Montant Total Versé aux collectivités locales du District Sanitaire** | | | | | | **7 711 000** |
| **2** | **District Sanitaire de Louga** | **1er** Trim 2006 | Virement effectué le | **2ème** Trim 2006 | Virement effectué le | Montant versé/ARPV |
| 1 | Louga **1** | 410 375 | 20-juin-06 | | | **410 375** |
| 2 | Louga **2** | 394 000 | 4-mai-06 | 474 000 | 20-juil-06 | **868 000** |
| 3 | Coki | 582 375 | 4-mai-06 | 757 375 | 20-juil-06 | **1 339 750** |
| 4 | Gande | 518 375 | 4-mai-06 | 693 375 | 11-juiilet 06 | **1 211 750** |
| 5 | elle Guèye | 540 625 | 4-mai-06 | 715 625 | 20-juil-06 | **1 256 250** |
| 6 | Kër Momar Sarr | 603 625 | 10-mai-06 | 778 625 | 20-juil-06 | **1 382 250** |
| 7 | Léona | 622 000 | 20-juin-06 | | | **622 000** |
| 8 | Mbédiène | 556 125 | 29-mai-06 | 731 125 | 20-juil-06 | **1 287 250** |
| 9 | Ndiagne | 608 750 | 4-mai-06 | 783 750 | 11-juiilet 06 | **1 392 500** |
| 10 | Nger Malal | 588 125 | 4-mai-06 | 763 125 | 20-juil-06 | **1 351 250** |
| 11 | Ngeune Sarr | 560 250 | 4-mai-06 | 735 250 | 11-juiilet 06 | **1 295 500** |
| 12 | Nguidilla | 583 500 | 4-mai-06 | 758 500 | 20-juil-06 | **1 342 000** |
| 13 | Niomre | 575 750 | 10-mai-06 | 750 750 | 20-juil-06 | **1 326 500** |
| 14 | Pété Warack | 351 500 | 29-mai-06 | 481 500 | 20-juil-06 | **833 000** |
| 15 | Sakal | 604 500 | 10-mai-06 | 779 500 | 11-juiilet 06 | **1 384 000** |
| 16 | Syer | 517 125 | 20-juin-06 | 692 125 | 20-juil-06 | **1 209 250** |
| 17 | Thiamène | 555 375 | 20-juin-06 | 730 375 | 20-juil-06 | **1 285 750** |
| **Montant Total Versé aux collectivités locales du District Sanitaire** | | | | | | **19 797 375** |
| **3** | **District Saniatire de Kébémer** | **1er** Trim 2006 | Virement effectué le | **2ème** Trim 2006 | Virement effectué le | Montant versé/ARPV |
| 1 | Kébémer | 250 625 | 29-mai-06 | 330 625 | 20-juil-06 | **581 250** |
| 2 | Bandègne | 557 000 | 4-mai-06 | 732 000 | 11-juiilet 06 | **1 289 000** |
| 3 | Cab Gaye | 528 250 | 4-mai-06 | 703 250 | 11-juiilet 06 | **1 231 500** |
| 4 | Diokoul | 554 000 | 4-mai-06 | 729 000 | 11-juiilet 06 | **1 283 000** |
| 5 | Guéoul | 579 750 | 4-mai-06 | 754 750 | 17-juil-06 | **1 334 500** |
| 6 | kanène NDiob | 527 000 | 4-mai-06 | 702 000 | 17-juil-06 | **1 229 000** |
| 7 | Loro | 526 000 | 4-mai-06 | 701 000 | 11-juiilet 06 | **1 227 000** |
| 8 | Ndande | 601 500 | 29-mai-06 | 776 500 | 17-juil-06 | **1 378 000** |
| 9 | Sagatta Ngueth | 561 250 | 20-juin-06 | 736 250 | 11-juiilet 06 | **1 297 500** |
| 10 | Thieppe | 542 250 | 4-mai-06 | 717 250 | 17-juil-06 | **1 259 500** |
| 11 | Thiolom Fall | 598 750 | 4-mai-06 | 773 750 | 17-juil-06 | **1 372 500** |
| **Montant Total Versé aux collectivités locales du District Sanitaire** | | | | | | **13 482 750** |
| **4** | **District Sanitaire de Linguère** | **1er** Trim 2006 | Virement effectué le | **2ème** Trim 2006 | Virement effectué le | Montant versé/ARPV |
| 1 | Linguère | 215 125 | 29-mai-06 | 285 125 | 17-juil-06 | **500 250** |
| 2 | Thiargny | 560 250 | 10-mai-06 | 735 250 | 17-juil-06 | **1 295 500** |
| 3 | Dodji | 562 750 | 20-juin-06 | 737 750 | 17-juil-06 | **1 300 500** |
| 4 | Thielle | 539 000 | 29-mai-06 | 714 000 | 17-juil-06 | **1 253 000** |
| 5 | Labgar | 522 750 | 29-mai-06 | 697 750 | 17-juil-06 | **1 220 500** |
| 6 | Gassane | 597 125 | 29-mai-06 | 772 125 | 17-juil-06 | **1 369 250** |
| 7 | Warkhokh | 576 125 | 10-mai-06 | 751 125 | 17-juil-06 | **1 327 250** |
| 8 | Barkédji | 607 125 | 10-mai-06 | 782 125 | 17-juil-06 | **1 389 250** |
| **Montant Total Versé aux collectivités locales du District Sanitaire** | | | | | | **9 655 500** |
| **5** | **District Sanitaire de Dahra** | **1er** Trim 2006 | Virement effectué le | **2ème** Trim 2006 | Virement effectué le | Montant versé/ARPV |
| 1 | Dahra | 291 625 | 20-juin-06 | 371 625 | 20-juil-06 | **663 250** |
| 2 | Boulal | 548 250 | 10-mai-06 | 723 250 | 20-juil-06 | **1 271 500** |
| 3 | Déaly | 578 500 | 10-mai-06 | 753 500 | 20-juil-06 | **1 332 000** |
| 4 | Kamb | 560 250 | 10-mai-06 | | | **560 250** |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 5 | Mbeuleukhé | 533 250 | 29-mai-06 | 708 250 | 20-juil-06 | **1 241 500** |
| 6 | Mboula | 536 625 | 10-mai-06 | [redacted] | [redacted] | **536 625** |
| 7 | Sagatta Djolof | 584 250 | 10-mai-06 | [redacted] | [redacted] | **584 250** |
| 8 | Tessekéré | 527 000 | 10-mai-06 | 702 000 | 20-juil-06 | **1 229 000** |
| 9 | Thiamène | 570 875 | 4-mai-06 | 745 875 | 20-juil-06 | **1 316 750** |
| **Montant Total Versé aux collectivités locales du District Sanitaire** | | | | | | **8 735 125** |

| **B** | **REGION DE THIES** |
|---|---|

| **1** | **District Sanitaire de Thiès** | **1er** Trim 2006 | Virement effectué le | **2ème** Trim 2006 | Virement effectué le | Montant versé/ARPV |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Thiès Zone I | 521 875 | 4-mai-06 | 626 875 | 11-juiilet 06 | **1 148 750** |
| | Thiès Zone II | 485 500 | 10-mai-06 | 575 500 | 20-juil-06 | **1 061 000** |
| | Thiès Zone III | 394 000 | 10-mai-06 | 474 000 | 20-juil-06 | **868 000** |
| | hiès Zone IV | 546 500 | 10-mai-06 | 626 500 | 20-juil-06 | **1 173 000** |
| | Thiès Zone V | 446 375 | 10-mai-06 | 521 375 | 20-juil-06 | **967 750** |
| | Thiès Zone VI | 416 625 | 10-mai-06 | 526 625 | 20-juil-06 | **943 250** |
| 2 | Cayar | 309 875 | 4-mai-06 | 404 875 | 11-juiilet 06 | **714 750** |
| 3 | Pout | 484 000 | 29-mai-06 | 604 000 | 20-juil-06 | **1 088 000** |
| 4 | Diender | 720 750 | 4-mai-06 | 895 750 | 11-juiilet 06 | **1 616 500** |
| 5 | Fandène | 597 875 | 10-mai-06 | 772 875 | 20-juil-06 | **1 370 750** |
| 6 | Kër Moussa | 624 125 | 10-mai-06 | 799 125 | 20-juil-06 | **1 423 250** |
| 7 | Notto Diobass | 708 000 | 4-mai-06 | 883 000 | 20-juil-06 | **1 591 000** |
| 8 | Tassette | 619 250 | 29-mai-06 | 794 250 | 20-juil-06 | **1 413 500** |
| **Montant Total Versé aux collectivités locales du District Sanitaire** | | | | | | **15 379 500** |

| **2** | **District Sanitaire de Thiadiaye** | **1er** Trim 2006 | Virement effectué le | **2ème** Trim 2006 | Virement effectué le | Montant versé/ARPV |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Thiadiaye | 252 625 | 4-mai-06 | 332 625 | 11-juiilet 06 | **585 250** |
| 2 | Fissel Mbadane | 692 250 | 4-mai-06 | 867 250 | 20-juil-06 | **1 559 500** |
| 3 | Ndiaganiao | 769 857 | 4-mai-06 | 944 875 | 20-juil-06 | **1 714 732** |
| 4 | Sandiara | 660 250 | 4-mai-06 | 820 250 | 11-juiilet 06 | **1 480 500** |
| 5 | Sessène | 556 250 | 4-mai-06 | 701 250 | 11-juiilet 06 | **1 257 500** |
| **Montant Total Versé aux collectivités locales du District Sanitaire** | | | | | | **6 597 482** |

| **3** | **District Sanitaire de Joal-Fadhiouth** | **1er** Trim 2006 | Virement effectué le | **2ème** Trim 2006 | Virement effectué le | Montant versé/ARPV |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Joal-Fadhiouth | 703 000 | 4-mai-06 | 868 000 | 20-juil-06 | **1 571 000** |
| 2 | Nguénième | 633 375 | 4-mai-06 | 798 375 | 20-juil-06 | **1 431 750** |
| **Montant Total Versé aux collectivités locales du District Sanitaire** | | | | | | **3 002 750** |

| **4** | **District Sanitaire de Poponguine** | **1er** Trim 2006 | Virement effectué le | **2ème** Trim 2006 | Virement effectué le | Montant versé/ARPV |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Diass | 601 000 | 4-mai-06 | 746 000 | 17-juil-06 | **1 347 000** |
| 2 | Sindia | 642 000 | 4-mai-06 | 787 000 | 17-juil-06 | **1 429 000** |
| **Montant Total Versé aux collectivités locales du District Sanitaire** | | | | | | **2 776 000** |

| **5** | **District Saniatire de Mbour** | **1er** Trim 2006 | Virement effectué le | **2ème** Trim 2006 | Virement effectué le | Montant versé/ARPV |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Mbour **1** | 392 250 | 29-mai-06 | 452 250 | 20-juil-06 | **844 500** |
| | Mbour **2** | 364 625 | 4-mai-06 | 429 625 | 20-juil-06 | **794 250** |
| | Mbour **3** | 251 375 | 4-mai-06 | 311 375 | 20-juil-06 | **562 750** |
| | Mbour **4** | 436 500 | 4-mai-06 | 501 500 | 20-juil-06 | **938 000** |
| 2 | Nguékhokh | 222 375 | 4-mai-06 | 292 375 | 20-juil-06 | **514 750** |
| 3 | Malicounda | 698 625 | 4-mai-06 | 858 625 | 11-juiilet 06 | **1 557 250** |
| **Montant Total Versé aux collectivités locales du District Sanitaire** | | | | | | **5 211 500** |

| **6** | **District Sanitaire de Khombole** | **1er** Trim 2006 | Virement effectué le | **2ème** Trim 2006 | Virement effectué le | Montant versé/ARPV |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Khombole | 256 875 | 4-mai-06 | 326 875 | 17-juil-06 | **583 750** |
| 2 | Ndiayène Sirah | 637 500 | 4-mai-06 | 812 500 | 17-juil-06 | **1 450 000** |
| 3 | Ngoudiane | 452 625 | 10-mai-06 | 577 625 | 17-juil-06 | **1 030 250** |
| 4 | Thiénéba | 606 250 | 10-mai-06 | 781 250 | 17-juil-06 | **1 387 500** |
| 5 | Touba Toul | 762 625 | 10-mai-06 | 937 625 | 17-juil-06 | **1 700 250** |
| **Montant Total Versé aux collectivités locales du District Sanitaire** | | | | | | **6 151 750** |

| **7** | **District Sanitaire de Tivaouane** | **1er** Trim 2006 | Virement effectué le | **2ème** Trim 2006 | Virement effectué le | Montant versé/ARPV |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Mboro | 665 125 | 4-mai-06 | 840 125 | 11-juiilet 06 | **1 505 250** |
| 2 | Tivaouane | 741 125 | 4-mai-06 | 911 125 | 17-juil-06 | **1 652 250** |
| 3 | Chérif Lô | 618 500 | 4-mai-06 | 793 500 | 17-juil-06 | **1 412 000** |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 4 | Darou Khoudoss | 772 375 | 4-mai-06 | 947 375 | 17-juil-06 | **1 719 750** |
| 5 | Méouane | 689 625 | 4-mai-06 | 864 625 | 11-juiilet 06 | **1 554 250** |
| 6 | Mont Rolland | 468 125 | 10-mai-06 | 608 125 | 11-juiilet 06 | **1 076 250** |
| 7 | Notto Gouye Diama | | | | | |
| 8 | Pire Goureye | | | | | |
| 9 | Taïba Ndiaye | 645 500 | 4-mai-06 | 820 500 | 11-juiilet 06 | **1 466 000** |
| **Montant Total Versé aux collectivités locales du District Sanitaire** | | | | | | **10 385 750** |

| **8** | **District Sanitaire de Mékhé** | **1er** Trim 2006 | Virement effectué le | **2ème** Trim 2006 | Virement effectué le | Montant versé/ARPV |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Mékhé | 294 375 | 10-mai-06 | 379 375 | 11-juiilet 06 | **673 750** |
| 2 | Koul | 630 000 | 10-mai-06 | 805 000 | 11-juiilet 06 | **1 435 000** |
| 3 | Mbayène | 543 125 | 4-mai-06 | 718 125 | 11-juiilet 06 | **1 261 250** |
| 4 | Mérina Dakhar | 704 625 | 20-juin-06 | 879 625 | 17-juil-06 | **1 584 250** |
| 5 | Ngadiouf | | | | | |
| 6 | Niakhène | 586 500 | 20-juin-06 | 761 500 | 11-juiilet 06 | **1 348 000** |
| 7 | Pekesse | 635 125 | 29-mai-06 | 810 125 | 11-juiilet 06 | **1 445 250** |
| 8 | Thilmakha | 541 250 | 10-mai-06 | 716 250 | 17-juil-06 | **1 257 500** |
| **Montant Total Versé aux collectivités locales du District Sanitaire** | | | | | | **8 331 250** |

| **C** | **REGION DE KAOLACK** |
|---|---|

| **1** | **District Sanitaire de Kaolack** | **1er** Trim 2006 | Virement effectué le | **2ème** Trim 2006 | Virement effectué le | Montant versé/ARPV |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Kaolack 1 | 359 125 | 4-mai-06 | 439 125 | 11-juiilet 06 | **798 250** |
| 2 | Kaolack | 415 000 | 4-mai-06 | 490 000 | 11-juiilet 06 | **905 000** |
| 3 | Kaolack 3 | 348 375 | 4-mai-06 | 418 375 | 11-juiilet 06 | **766 750** |
| 4 | Kaolack 4 | 415 875 | 4-mai-06 | 500 875 | 11-juiilet 06 | **916 750** |
| 5 | Kaolack 5 | 408 875 | 4-mai-06 | 488 875 | 11-juiilet 06 | **897 750** |
| 6 | Kahone | 310 625 | 4-mai-06 | 415 625 | 11-juiilet 06 | **726 250** |
| 7 | Gandiaye | 314 750 | 10-mai-06 | 424 750 | 17-juil-06 | **739 500** |
| 8 | Ndofane | 164 625 | 4-mai-06 | 239 625 | 11-juiilet 06 | **404 250** |
| 9 | Dya | 636 750 | 4-mai-06 | 811 750 | 11-juiilet 06 | **1 448 500** |
| 10 | Kër Baka | 596 625 | 29-mai-06 | 771 625 | 17-juil-06 | **1 368 250** |
| 11 | Kër Socé | 629 875 | 11-juiilet 06 | 804 875 | 17-juil-06 | **1 434 750** |
| 12 | Latmingué | 641 500 | 20-juin-06 | 816 500 | 11-juiilet 06 | **1 458 000** |
| 13 | Ndiaffate | 675 000 | 29-mai-06 | 850 000 | 17-juil-06 | **1 525 000** |
| 14 | Ndiébel | 414 625 | 29-mai-06 | 549 625 | 17-juil-06 | **964 250** |
| 15 | Ndiedieng | 500 750 | 29-mai-06 | 675 750 | 17-juil-06 | **1 176 500** |
| 16 | Thiaré | 593 875 | 29-mai-06 | 768 875 | 17-juil-06 | **1 362 750** |
| 17 | Thiombi | 548 125 | 20-juin-06 | 713 125 | 17-juil-06 | **1 261 250** |
| **Montant Total Versé aux collectivités locales du District Sanitaire** | | | | | | **18 153 750** |

**REGION DE FATICK**

| **1** | **District Sanitaire de Guinguinéo** | **1er** Trim 2006 | Virement effectué le | **2ème** Trim 2006 | Virement effectué le | Montant versé/ARPV |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Guinguinéo | 247 000 | 11-juiilet 06 | 322 000 | 11-juiilet 06 | **569 000** |
| 2 | Gagnick | 561 875 | 11-juiilet 06 | 736 875 | 11-juiilet 06 | **1 298 750** |
| 3 | Kër Ndiago | 561 375 | 11-juiilet 06 | 736 375 | 17-juil-06 | **1 297 750** |
| 4 | Mbadakhoune | 561 375 | 11-juiilet 06 | 736 375 | 17-juil-06 | **1 297 750** |
| 5 | Ngathie | 447 000 | 29-mai-06 | 592 000 | 11-juiilet 06 | **1 039 000** |
| **Montant Total Versé aux collectivités locales du District Sanitaire** | | | | | | **5 502 250** |